



Депрессия и как с ней бороться

Это Справочное Пособие посвящено психическому заболеванию - **маниакально-депрессивному психозу**. Здесь вы найдете множество статей об этом заболевании, многие из них будут интересны и человеку, никак не связанному с ним.

ПСИХОЗ МАНИАКАЛЬНОДЕПРЕССИВНЫЙ (manic-depressive psychosis), **РАССТРОЙСТВО БИПОЛЯРНОЕ** (bipolar disorder) - серьезное психическое заболевание, проявляющееся в периодически повторяющихся приступах депрессии, мании или одновременно и того и другого. Эти приступы могут быть спровоцированы какими-либо событиями, расстроившими больного, или развиваться в силу каких-либо других причин. Иногда в результате заболевания у человека может развиваться хроническая депрессия или хроническая мания. Считается, что у людей существует генетически наследуемая предрасположенность к данному заболеванию. Для лечения мании применяются лекарственные вещества, содержащие фенотиазин; для лечения депрессии используются антидепрессанты или (в тяжелых случаях) электрошок. Для предотвращения или снижения частоты и интенсивности проявления приступов применяются литий и карбамазепин, что дает больному возможность хорошо чувствовать себя в промежутках между приступами болезни.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ (МДП) (циркулярный психоз, циклофрения)-заболевание, проявляющееся периодическими маниакальными и депрессивными состояниями (фазами), обычно разделенными интермиссиями; не приводит к формированию психического дефекта. Этиология, патогенез. Большую роль играют наследственное предрасположение и конституциональные факторы. Чаще всего, заболевают лица циклоидного и психастенического склада. Определенное значение имеют также дисфункция подбугорной области и патология эндокринной системы. Женщины болеют чаще мужчин. Первые приступы могут возникать как в пубертатном периоде, так и в старости. В большинстве случаев болезнь начинается в 3-5-м десятилетии жизни.

Симптомы, течение. Выраженность аффективных расстройств (см. Аффективные синдромы) варьирует от легких нарушений (циклотимия), которые обычно лечат в амбулаторных условиях, до тяжелых депрессий и маний, требующих срочной госпитализации. Для МДП типично полное обратное развитие болезненных нарушений, возвращение к состоянию, которое было до болезни. Реже, уже после неоднократных рецидивов, в период ремиссии, также отмечаются остаточные психопатологические проявления главным образом в виде стертых гипоманиакальных и субдепрессивных расстройств. Число фаз на протяжении болезни очень различно. Длительность фаз - от 1 нед до 1-2 лет и более, средняя продолжительность-6-12 мес. Светлые промежутки в некоторых случаях могут отсутствовать (так называемое континуальное течение болезни), но обычно они измеряются месяцами, годами и даже десятилетиями. Биполярное течение - смена депрессивных и маниакальных фаз - наблюдается в 1/3 случаев. Чаще всего заболевание протекает в виде периодических депрессий. Диагноз МДП основывается на аутохтонном возникновении и последующем рецидивировании аффективных фаз, на типичной для эндогенных аффективных расстройств картине мании и депрессии и наличии среди родственников лиц с циклотимическими проявлениями или больных МДП. Фазы МДП необходимо дифференцировать от эндогенно, психогенно, конституционально (фазы у психопатов) и соматогенно обусловленных аффективных состояний. Отграничение МДП от периодической шизофрении основывается на отсутствии в момент приступа галлюцинаций, бредовых идей отношения, преследования и формальных расстройств мышления. В трудных для дифференцировки случаях поставить диагноз МДП удастся лишь при длительном наблюдении, если в развитии заболевания не нарастают изменения личности. Лечение депрессивных состояний проводят антидепрессивными средствами (амитриптилин, мелипрамин, пиразидол, инказан по 50-300 мг/сут). В тяжелых случаях показано парентеральное (в/м, в/в капельное) введение препаратов. При резистентных к психотропным средствам депрессиях проводят электросудорожную терапию. При гипоманиакальных состояниях эффективны транквилизаторы [диазепам (седуксен), оксазепам (тазепам), хлордиазепоксид (элениум) по 5-40 мг/сут, феназепам по 1-3 мг], нейролептики в небольших дозах, соли лития (карбонат лития по 900-1200 мг/сут). Маниакальные состояния купируются нейролептиками (аминазин по 100-400 мг/сут, галоперидол по 6-20 мг/сут, трифтазин по 20-50 мг, лепонекс по 50-200 мг, сонапакс, хлорпротиксен по 100-300 мг/сут). При явлениях маниакального возбуждения показано в/м введение препаратов (аминазин, галоперидол, трифтазин). Прогноз в большинстве случаев благоприятный. При депрессивных фазах он осложнен в связи с опасностью суицидальных попыток. Основным средством предупреждения последующих аффективных фаз является превентивная терапия (в течение нескольких лет) солями лития и финлепсином. Соли лития дают под контролем содержания лития в крови (оптимальное содержание его, обеспечивающее профилактический эффект, составляет 0,4-0,8 ммоль/л).

Об авторе

Одной из причин, подвигнувших меня на создание этого текста, является тот факт, что психиатрия и душевное здоровье до сих пор остаются "белыми пятнами" в сознании большинства людей, не имеющих к

этой области непосредственного отношения. Неизбежным следствием этого является широкая и повсеместная распространенность различного рода мифов и предрассудков, которые касаются как психически больных и психиатрических больниц, так и врачей-психиатров. Кратко перечислю основные из них.

- **Мифы о психически больных:** "все душевнобольные люди представляют опасность для окружающих", "все психически больные - дураки", "психические болезни неизлечимы" и т.п.

- **Мифы о психиатрах:** "психиатры и сами все ненормальные", "психиатры занимаются чтением мыслей, зомбированием".

- **Мифы о психиатрическом лечении:** "лечение психотропными средствами наносит непоправимый вред здоровью", "госпитализация в психиатрическую больницу сама по себе может привести к сумашествию", "больных лечат жестокими методами (электричеством, связыванием, смирительными рубашками)", "помещение больного в стационар носит карательный характер".

Надеюсь, в результате посещения нашей страницы вы откроете для себя много нового о психиатрии и душевном здоровье, а главное, измените свою точку зрения на затронутые нами проблемы и избавитесь от предрассудков. Если представленная информация окажется для вас недостаточной, то мы готовы ответить на любые ваши вопросы.

1. Правда ли то, что лечение психотропными средствами может нанести непоправимый вред здоровью?

В действительности, самый непоправимый вред здоровью наносят попытки самолечения и несвоевременное обращение к врачу (впрочем, это правило распространяется на все болезни, не только на психические). Что касается психотропных средств, то все они, прежде чем быть рекомендованными к применению, проходят многолетние испытания. В результате лечить пациентов разрешается только самыми эффективными и безвредными препаратами. Конечно, многие психотропные средства обладают побочными явлениями, порой неприятными. Однако, эти преходящие неудобства всегда перевешиваются долговременными выгодами лечения.

2. Говорят, что любое обращение к психиатру влечет за собой постановку на учет и последующие ограничения в гражданских правах. Правда ли это?

Постановке на диспансерное наблюдение подлежат лица с длительно и тяжело протекающими психическими расстройствами. Ограничение в некоторых гражданских правах может произойти только по решению суда, психиатры этих вопросов не решают.

3. Мой родственник (сосед) обнаруживает явные расстройства психической деятельности, при этом не считая себя больным и не соглашаясь на осмотр психиатра. Как выйти из ситуации?

Сначала следует все-таки приложить максимальные усилия с тем, чтобы получить согласие на осмотр. Если это не удастся, Вы можете обратиться в суд с заявлением о необходимости недобровольного освидетельствования. Если суд примет такое решение, осмотр может состояться без согласия больного.

4. Моя дочь учится на медицинском факультете и собирается стать психиатром. Не отразится ли эта профессия на ее психике?

Согласно эпидемиологическим данным, у врачей-психиатров психические заболевания и суициды наблюдаются не чаще, чем у их коллег из других отраслей медицины. Мнение о якобы большей частоте психической патологии у психиатров также безосновательно, как, например, идея о том, что хирурги чаще болеют аппендицитом, а врачи-акушеры чаще беременеют.

Известно, что психические болезни существуют столь же долго, сколько биологический вид, именуемый "гомо сапиенс", то есть, "человек разумный".

Наличие разума с необходимостью предполагает возможность возникновения его расстройств. Расшифровывая наскальные рисунки древних людей, нанесенные несколько тысяч лет назад, ученые пришли к выводу о том, что некоторые изображенные на них персонажи обнаруживают в своем поведении явные признаки психического расстройства. История человечества изобилует примерами и описаниями поведения и деятельности психически больных людей. Некоторые из них являются историческими личностями: Сократ, Жанна д'Арк, Юлий Цезарь, Тимур Тамерлан, Иван Грозный - этот ряд можно продолжать очень долго. В настоящее время миллионы людей во всем мире обращаются за психиатрической или психотерапевтической помощью и получают специальное лечение.

Изменилась цивилизация, изменилось общество, изменилась и психиатрия.

В сегодняшние дни основными целями и задачами психиатрии как клинической дисциплины являются распознавание и лечение психических расстройств. Сразу хотелось бы предостеречь от неверного толкования термина "психическое расстройство" или "психическая болезнь". В массовом сознании эти понятия пока еще отождествляются с таким явлением как психоз. В действительности, под психозом понимается глубокое расстройство психической деятельности, сопровождающееся кардинальным искажением картины окружающего мира в сознании больного, грубыми нарушениями поведения и болезненным непониманием своего состояния. Пару сотен лет назад психиатрия занималась почти исключительно лечением подобных расстройств.

Теперь дело обстоит совершенно иначе. Пациенты с психозами хотя и составляют немалую часть "клиентуры" психиатра, все же заметно уступают по численности группе пациентов с так называемыми пограничными состояниями (неврозы, депрессии, тревожные расстройства, психосоматические заболевания, расстройства личности, вялотекущая шизофрения и т.п.). В последние годы число пациентов с этими видами патологии заметно возросло, что в первую очередь связано с ухудшением социальных условий жизни.

Психические расстройства в современном понимании этого термина представляют собой группу нарушений психической деятельности, сопровождающихся статистически значимыми отклонениями от нормального протекания психических процессов. Одним из основных принципов психиатрической диагностики является принцип "презумпции психической нормальности". Суть его заключается в том, что никто не может быть признан психически больным до того как поставлен диагноз психического заболевания и никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического расстройства. В соответствии с этим принципом, каждый

человек изначально является для всех психически здоровым, пока не доказано противное и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Что же делать, если симптомы психического расстройства появились у Вас или близкого Вам человека?

Во-первых, не впадать в отчаяние. Современная медицина располагает широким арсеналом высокоэффективных методов диагностики и лечения психических заболеваний. Крайне маловероятно, что Ваш случай окажется "безнадежным" и лечение не принесет успеха. Во-вторых, следует немедленно обратиться к врачу. Большинство психических расстройств объединено одной общей чертой - их лечение тем более эффективно, чем раньше оно начато. Ни в коем случае не следует надеяться, что возникшее патологическое состояние пройдет само по себе. Это почти невозможно. В-третьих, если Вы начали лечение, нужно в точности следовать всем инструкциям врача, не пытаться самостоятельно изменить лечение или его детали. Врач, назначающий ту или иную разновидность терапии, исходит из своих знаний и опыта. Поскольку Вы, скорее всего, таковыми не располагаете, будет более разумно довериться компетентному лицу.

ПСИХОТЕРАПИЯ - разновидность активного психологического воздействия на пациента, находящегося в болезненном состоянии, либо в состоянии кризиса или стресса. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных проявлений, так и коррекцию индивидуальных психологических свойств человека с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия.

Способов же этих на сегодняшний день имеется огромное количество. Одних только направлений психотерапии в настоящее время насчитывается более 250.

Каждое из них располагает своими принципами воздействия на пациента и своими методиками лечения конкретных заболеваний и состояний. Ниже приведена информация о наиболее известных психотерапевтических направлениях.

Суггестивные методы. К ним относят разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения с целью создания у человека определенного состояния или побуждения к определенным действиям.

Нередко внушение сопровождается изменением сознания пациента. Подобные виды психотерапии, самым известным из которых является гипноз, направлены на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния в кризисные периоды, после воздействия психических травм и т.д.

Психоаналитическая психотерапия. Пожалуй, ни один вид психотерапии не окружен таким количеством мифов и заблуждений. Это во многом объясняется поздним "приходом" психоанализа (в советские времена этот вид лечения был фактически под запретом и имена его основоположников можно было упоминать только с целью критики). Сейчас ситуация изменилась и помощь психоаналитика можно получить в любом крупном городе.

Психоаналитическая психотерапия исходит из бессознательного механизма формирования болезненной симптоматики (неврозы, психосоматические расстройства) и вследствие этого направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и

отреагирование. Конечной целью психоаналитического лечения, как правило, является достижение "инсайта" - своеобразного озарения с полным осознанием глубинных личностных проблем, о существовании которых человек прежде мог и не подозревать, но которые препятствовали его полноценной жизненной адаптации.

Когнитивная психотерапия. Основная идея - это то, что различные эмоциональные расстройства возникают в связи с имеющимися у человека отклонениями в оценке реальной действительности в виде "систематических предубеждений". Целью когнитивной психотерапии является исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сторону их рационализации и выработки жизненной стратегии здравого смысла.

Аутогенная тренировка (аутотренинг). Эта методика направлена на овладение навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Аутогенная тренировка проводится в несколько этапов, направленных на освоение упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения с последующим становлением "привычки отдыхать".

Поведенческая психотерапия. Ее основной принцип состоит в выработке условных рефлексов, помогающих человеку справиться с состоянием тревоги, либо в избавлении от рефлексов, эту тревогу поддерживающих. Основные методы - научение и тренинг. Этот вид лечения особенно хорошо зарекомендовал себя при лечении тревожных расстройств

Нейролингвистическое программирование. Это - система психологических манипуляций на основании изучения лингвистической мета-модели человека.

Одной из основных составляющих этой модели является понятие "модальности" - наиболее типичном для человека способе восприятия окружающей действительности. После определения модальности предполагается коррекция его поведения, которая может самим человеком осознаваться или не осознаваться. Целью программирования является выработка определенной стратегии поведения, желательной для человека или окружения. Основной техникой считается "рефрейминг" - переформирование личности, придание ей новой заданной формы.

Психодрама. В процессе этой психотерапевтической методики происходит разыгрывание человеком ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Человек в процессе игровой деятельности усваивает стереотипы поведения в различных житейских ситуациях, апробирует их, выбирает наиболее подходящие для себя и тем самым преодолевает проблемы в общении.

Трансактный анализ. Личность человека рассматривается как совокупность трех состояний "Я", условно названных "Родитель", "Взрослый" и "Ребенок". Сутью каждого из них является генетически запрограммированная модель поведения и проявления эмоциональных реакций. Основная цель трансактного анализа состоит в том, чтобы помочь человеку понять особенности его взаимодействия с окружающими и обучить его оптимальному поведению.

Каждая из описанных выше разновидностей психотерапии имеет свои показания к применению и свои показатели эффективности при различных видах патологии.

Какой вид психотерапии подойдет Вам, если у Вас возникли те или иные проблемы, заранее спрогнозировать бывает трудно, подчас невозможно. В любом случае, решение о целесообразности применения той или иной методики принимает только психотерапевт и никто другой .

Напоследок хотелось бы обратить Ваше внимание на тот факт, что различные методы целительства, знахарства и экстрасенсорного воздействия к психотерапии не относятся и их эффективность никогда и никем с научной точки зрения доказана не была.

Что я делал, как поступал когда меня охватывают приступы депрессии.

Обычно это происходит как какой-нибудь толчок из вне. После этого ты как бы получаешь заряд энергии, можешь строить планы, в голове рождается новые мысли.

Часто это бывает что-то созидательное,(откровенно говоря я и эту страничку создал с таким же ощущением). Несколько дней ты активно трудишься, пытаешься создать какую-то платформу, чтобы быть уверенней в завтрашнем дне. Через несколько дней твое самочувствие улучшается: настроение хорошее. чувствуется энергия, уверенность.(обычно 3-5 дней). Затем наступает тот самый день, описываю: настроение отменное, ты весел и радуешься жизни, все полный улет. Проходит день, и ты начинаешь ощущать отдаленность от всего происходящего вокруг: люди интересуются чем-то новым, а ты как бы не можешь переключиться с определенной ноты, продолжаешь работать в старом ритме. Это длиться долго не может.

С каждой минутой ты начинаешь ощущать все большую отдаленность от мира, от действия, и дальше и дальше и наконец (обычно через день) ты ощущаешь полное бессилие, опустошенность, одиночество. И тут начинаются те самые дни, когда ты не понимаешь, зачем ты живешь, вообще существуешь. Ты становишься полностью бездеятельным, пассивным, устающим буквально от всего. Вечером себя чувствуешь чуть лучше, ближе к ночи становиться страшно засыпать, потому что ты знаешь что за день тебя ждет завтра. И так может длиться неделю.

После этого наступает облегчение: жить уже не так трудно.

Начинаешь интересоваться чем-нибудь, пусть даже бессмысленным , но все-таки. Дальше, а дальше жди опять этого ТОЛЧКА..!

Подробности. Как это еще бывает...

Настроение хорошее, ты бодр и с радостью смотришь на будущее, еще бы: теперь тебе кажется что ты можешь контролировать свои чувства и свое настроение. Все нормально, вот только у шефа тебе приходится просидеть не 5 мин, а больше часа, - ну что, это - ерунда - конечно, так и есть ерунда, правда вот только домой ты приходишь какой-то вялый, сонный, тебя немножко шатает но все-таки это же ерунда! Ты ложишься отдохнуть. Проснулся. А ощущения все те же: что-то вроде не в своей тарелке, вроде как будто из колеи выбился.

Дальше еще лучше : ближе к вечеру почему-то полностью падает настроение, ничего не радует. Но ты думаешь: - это все терпимо, пока я еще могу контролировать происходящее. ДАЛЬШЕ ? Ну а дальше см. выше. То есть так потихонечку, помаленьку, ты скатываешься до уровня элементарной амебы. Ты можешь есть, спать (дальше продолжать не буду), но тебе ничего не нужно. Все полностью по-барабану...а казалось бы что такого произошло?...

Депрессия — это болезнь

Депрессия — это болезнь, которая может вывести человека из эмоционального равновесия на продолжительное время и значительно ухудшить качество его жизни (трудовую активность, личные отношения, досуг и т. д.).

МДП излечим и требует пристального наблюдения психиатров. Вероятность развития этого заболевания невелика и составляет 1% для мужчин и женщин, средний возраст начала приходится на 30 лет.

Депрессия может возникнуть как ответная реакция на предшествующую психологическую травму или отрицательное событие (смерть близкого человека, увольнение с работы и т. п.), однако, часто она развивается без видимой причины.

Важно знать, что:

- депрессия хорошо поддается лечению, в результате чего наступает полное выздоровление;
- говорить о своей проблеме — значит делать первый шаг по пути выздоровления от депрессии.

Типичные симптомы депрессии:

- тоска, печаль, тревога или раздражительность;
- трудности засыпания, повторяющиеся пробуждения ночью или слишком раннее пробуждение;
- потеря интереса к работе, еде, сексуальной жизни;
- чувство вины и собственной неполноценности, безнадёжность в отношении будущего;
- трудности сосредоточения и постоянная усталость;
- потеря веса или же, наоборот, прибавка в весе;
- головные боли, боли в области сердца, спины (без органических причин);
- излишняя озабоченность собственным здоровьем;
- мысли о самоубийстве и смерти.

Заболевание маниакально-депрессивными психозами обычно диагностируется клинически на высоте приступа мании или депрессии, в первом случае по беспорядочным скачкам мыслей и бессмысленным, но энергичным действиям, во втором случае - по необычайно угнетенному, безнадежному настроению. Но симптоматика не всегда и далеко не у всех больных достигает явно патологического, психотического уровня, аномалия может сводиться к периодическим резким подъемам и резким спадам настроения. Характерно сохранение полного сознания, без особых нарушений мышления. В первом приближении можно сказать, что страдает не мышление, а тонус. Генетически МДП характеризуется мономерно-доминантным наследованием с неполным и варьирующим проявлением. Иными словами, предрасположение передается по вертикали, от больного родителя половине детей, но частыми "проскоками", через 1 - 2 поколения, и проявлением у некоторых больных в форме маниакальной депрессии, у малой части только в форме мании, у значительной части в форме депрессии. Если среди здоровых членов семьи больного шизофренией часто встречаются шизоиды, то среди здоровых членов семьи МДП часто встречаются циклоиды. <...> Классическое описание депрессивной фазы МДП имеется у Крепелина: "Наиболее характерна простая задержка психических актов без обманов чувств и выраженных бредовых идей. Больному трудно мыслить, он не в состоянии

что-либо понять, ... малейшее умственное напряжение стоит ему неимоверных усилий, он совершенно не в силах исполнять даже обычные требования повседневной жизни. Настроение печальное, полное отчаяния, ничто не возбуждает в больном стойкого интереса, ничто не радует его. Полное отсутствие энергии представляет симптом, особенно бросающийся в глаза. Больной теряет всякую бодрость, едва говорит, сидит часто по целым дням, будучи не в состоянии приняться за какое-либо дело. Сон всегда нарушен, больные по целым часам лежат в постели, не смыкая глаз. Выражение лица и осанка безжизненны и вялы" [71]. Гипоманиакальная фаза, напротив, характеризуется повышенным настроением, быстрой восприимчивостью, энергией, неутомимостью, экспансивностью, возбудимостью, радостным трудолюбием. Но на этом благодатном периоде развитие приступа часто не останавливается, а начинается маниакальная фаза с бурным двигательным и мыслительным возбуждением, скачками идей, фантастическими представлениями о происходящем, а отсюда и фантастическими решениями. Рано или поздно это либо постепенно угасает до нормы, либо начинается депрессивная фаза. Замечательная быстрота мышления, в частности ассоциирования, возбужденность, неутомимость в эти подъемы или периоды перехода через гипоманиакальную стадию именно и порождает поразительно высокий уровень творчества. Но последующая депрессия часто доводит до самоубийства, что среди всех психических больных наиболее свойственно МДП. Каннабих так описывает "экспансивную" фазу циклотимии: "В эти периоды счастливой беззаботности и нередко блаженного самочувствия больной отмечает приятное ускорение всех своих психических актов, легкость, с какой удаются ему самые трудные умственные процессы: все задержки отпали, ему легко думать, он ярко и интенсивно чувствует, быстро принимает решения, а нередко без всякого труда и лишних раздумий совершает поступки, далеко выходящие из круга обыденной повседневности... Все его интересует, жизнь захватывает и пьянит, он усердно принимается за свои дела, поминутно бросается на целую массу посторонних занятий, работает много и легко, не чувствуя утомления, рано встает, поздно ложится, спит немного, но крепким сном, удивляя окружающих своей разносторонностью и избытком неистощимой энергии" [72]. <...> Общепринятое определение маниакально-депрессивного психоза с многочисленными синонимами в учебниках: аффективный психоз с полностью обратимыми фазами настроения, обычно разделенными периодами психического здоровья.

Длительность фаз измеряется днями, неделями, месяцами, годами. <...> Может быть, из осторожности следовало бы вместо термина "гипоманиакальный" пользоваться менее резким акклиническим термином, ни к чему не обязывающим, - "гипертимический", но это смазывало бы существо дела, а именно наличие четкого психопатологического возбуждения как стимулятора умственной активности в этих относительно немногих, особо выделенных случаях. Как известно, мягкую форму маниакально-депрессивного психоза многие авторы называют циклотимией. Но этот термин имеет очень разнородное и очень растяжимое значение, под которое подойдет значительная часть человечества; поэтому мы будем в дальнейшем применять весьма условный термин "гипоманиакально-депрессивный психоз", относя к нему те случаи, когда больные на высоте вспышки в направлении маниакальности проявляют не бессмысленную суетливость, а, наоборот, повышенную

работоспособность, с резким, многосезонным, а чаще и многолетним периодом уныния и бездеятельности между творческими подъемами. Необходимо подчеркнуть ошибочность стремления видеть в психозе и психопатии стимул творчества в тех случаях, когда в действительности болезнь творчеству препятствовала. <...>

Мужская депрессия

Депрессия у мужчин часто распознается с трудом. Это обусловлено, с одной стороны, широко распространенным ошибочным мнением, что рассказывать другим о своих проблемах и не уметь самому справиться с ними — это признак слабости человека, а с другой стороны, тем, что мужчины зачастую прячут свою депрессию за агрессивное поведение и / или за злоупотребление алкоголем.

Алкоголь — не единственное средство, с помощью которого пытаются облегчить депрессию или замаскировать ее. Уход с головой в работу, активное занятие спортом или увлечение такими его видами, которые связаны с риском или экстремальными ситуациями, а также увлечение азартными играми — все это может свидетельствовать о депрессии у мужчин.

Заболевание характеризуется периодическими маниакальными и депрессивными состояниями, обычно разделенными "светлыми" промежутками, когда признаки заболевания отсутствуют и наступает практическое выздоровление. Заболевание отличается относительно благоприятным течением, не сопровождается развитием слабоумия и изменением личности. Причина В развитии маниакально-депрессивного психоза большую роль играют наследственные факторы и конституциональные особенности, а также эндокринная дисфункция. Женщины болеют этим заболеванием чаще, и оно начинается после 30 лет. Симптомы Проявления заболевания в маниакальной фазе соответствуют клинической картине маниакального синдрома: больные подвижны, общительны, веселы и раскованны. Они весьма инициативны, часто завязывают рискованные знакомства. Склонны к необдуманным поступкам. Суждения их поверхностны. Внимание часто перескакивает с одного на другое. Больные мало спят (рано пробуждаются), но сон крепкий. Аппетит часто повышен. При утяжелении маниакального состояния больной становится повышенно суетлив, раздражителен. Агрессивность и нетерпимость к обсуждению его мнения сочетается с невозможностью довести до конца ни мысль, ни дело. В депрессивной фазе больной находится в состоянии депрессии, для которого характерны беспричинная тоска, нежелание трудиться, двигаться - до полного морального и физического бессилия. Пропадает интерес ко всему окружающему, снижается интеллектуальная деятельность, больной "туго" соображает, мысли движутся вяло. В таком состоянии больной обеднен эмоционально, его трудно "растормозить", вызвать какое-либо чувство (радость, удовольствие и др.). Нарушается сон - по ночам мучает бессонница, которая сопровождается дневной сонливостью. Аппетит снижен. В тяжелых случаях больной чувствует себя настолько несчастным, что возникает желание самоубийства. Обычно маниакальные и депрессивные фазы чередуются, однако с возрастом начинает преобладать депрессивная. Длительность фаз от 1 недели до 2 лет и более (в среднем 6-12 месяцев). В некоторых случаях одна фаза непосредственно сменяется другой, но чаще между ними наблюдаются "светлые" промежутки

здоровья, которые измеряются месяцами, годами и даже десятилетиями. Вне приступов состояние больного удовлетворительное и не требует врачебного вмешательства. Заболевание обычно не приводит к изменению личности. При неоднократных приступах даже в "светлые" промежутки наблюдаются остаточные психопатологические проявления в виде стертых, слабо выраженных маний или депрессий. В случае возникновения приступов выраженной мании или глубокой депрессии необходимы госпитализация больного и проведение соответствующей терапии. Лечение выявленное заболевание требует постоянного наблюдения больного специалистом. Своевременное предупреждение развития приступов позволяет предотвратить тяжелое течение психоза, продлить состояние здоровья. При лечении в домашних условиях родственники должны следить за неукоснительным исполнением врачебных предписаний. Следует учитывать, что во время приступа больной может некритически оценивать свое состояние: в маниакальной фазе болезнь расценивается как "хорошее самочувствие", повышенное самомнение приводит к пренебрежению советами врача. В депрессивной фазе возможно развитие ипохондрии, склонности к самоубийству. Не стоит оставлять больного в одиночестве. Больным категорически противопоказано употребление спиртных напитков, хотя во время приступов у некоторых больных отмечается повышенная тяга к "горячительным напиткам" (особенно в маниакальной фазе). Основой современного лечения маниакально-депрессивного психоза является медикаментозная терапия. При депрессии назначают антидепрессивные препараты типа мелипрамина, тизерцина, амитриптилина. Однако их можно применять только под контролем врача, так как некоторые из них (нуредаль, ипразид и др.) не сочетаются с трициклическими антидепрессантами. Из диеты больных должны быть исключены сыр, кофе, пиво, шоколад. При маниакальных состояниях используют нейролептические средства: аминазин, галоперидол, тизерцин. Могут применяться соли лития и финлепсин (карбамазепин).

Типичные симптомы депрессии у мужчин:

- снижение устойчивости к стрессу;
- появление неуверенности в принятии решений;
- агрессивное и враждебное поведение;
- злоупотребление алкоголем, алкогольная зависимость;
- синдром «перегорания»;
- проявление импульсивного поведения;
- увлечение экстремальными видами спорта, умышленная чрезмерная физическая активность.

Субъективная шкала для выявления депрессии

Изменилось ли по Вашему мнению или мнению окружающих Ваше поведение за последний месяц? Если да, то как?

Признаки депрессии	Совсем нет	В слабой степени	Довольно сильно	Очень сильно
Снижение устойчивости к стрессу	0	1	2	3
Более агрессивное, направленное на внешние обстоятельства поведение, трудности с	0	1	2	3

самообладанием				
Чувство опустошенности	0	1	2	3
Синдром «перегорания»	0	1	2	3
Постоянная необъяснимая усталость	0	1	2	3
Раздражение, беспокойство, напряженность	0	1	2	3
Нерешительность в повседневных ситуациях	0	1	2	3
Нарушение сна: раннее пробуждение, засыпание с трудом, беспокойный сон, непреодолимая сонливость в дневное время	0	1	2	3
Нетерпение, беспокойство, чувство неловкости, особенно по утрам	0	1	2	3
Для снятия напряжения: злоупотребление алкоголем (или лекарствами), повышение активности, изнуряющая работа, усиленное занятие спортом, обильное или скудное питание	0	1	2	3
Будущее представляется в черном свете, мрачным, безнадежным	0	1	2	3
Жалость к самому себе	0	1	2	3
Наблюдались ли ранее в семье: злоупотребление алкоголем, лекарствами или наркотиками, депрессии или суицидальное поведение, увлечение деятельностью, связанной с риском	0	1	2	3

- 0-13 баллов: по всей вероятности, депрессии нет
- 14-26 баллов: начальные симптомы развивающейся депрессии
- 27-39 баллов: явная депрессия, следует обратиться к врачу

Данная шкала предназначена в помощь врачу для выявления депрессии у пациентов и экономии времени. Пациент заполняет шкалу самостоятельно, обводя соответствующую его состоянию цифру в каждом из перечисленных пунктов. Затем баллы суммируются.

Лечение депрессии

Из всех психических нарушений депрессия лучше других поддается лечению. Около 80% пациентов, получивших адекватное лечение, полностью излечились от депрессии.

Для лечения депрессии применяются антидепрессанты, которые условно можно разделить на две большие группы:

- трициклические антидепрессанты;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Важно знать, что:

- лечение антидепрессантами группы СИОЗС не приводит к развитию зависимости от них;

- эффект от лечения обычно наступает через 2-3 недели, однако, в случае применения группы СИОЗС самочувствие, как правило, улучшается уже спустя несколько дней после начала лечения;

- в случае применения антидепрессантов группы СИОЗС не встречаются такие побочные явления как нарушение аккомодации, дизурия, кардиотоксичность, увеличение веса и др. Иногда могут наблюдаться тошнота, повышенное потоотделение, сонливость, которые обычно проходят в течение первых двух недель лечения;

- для достижения устойчивого эффекта лечение в большинстве случаев должно продолжаться не менее 4-6 месяцев;

- при повторной депрессии и попытках самоубийства необходим более длительный курс лечения.

FAQ по Депрессии

Содержание

Каковы признаки депрессии?

Что говорят исследования?

Как соотносится мышление и депрессия?

Какого рода негативные мысли возникают при депрессии?

Как выявлять негативные мысли?

Каковы типичные мыслительные ошибки?

Что я могу сделать, чтобы снова начать действовать?

Как я могу преодолеть склонность к негативному мышлению?

ВВЕДЕНИЕ

Психические расстройства встречаются у людей во всех уголках мира, независимо от возраста, культуры, социально-экономического класса и пола. Тем не менее, установлен и ряд общих закономерностей распределения отдельных форм психической патологии, в том числе связанные с полом, которые необходимо учитывать клиницисту при постановке диагноза. Известно, что большинство тревожных расстройств встречается среди женщин почти в два раза чаще, чем среди мужчин. Аналогичные закономерности характерны и для депрессивных расстройств: в многочисленных эпидемиологических исследованиях было показано, что женщины в два раза чаще мужчин страдают большим депрессивным расстройством и дистимией. Эти данные дополняются различиями в клинических проявлениях депрессивных расстройств. У мужчин депрессии часто маскируются алкоголизмом, зависимостью от психоактивных веществ или расстройствами социальной адаптации. Статус женщины в обществе и семье во многих странах определяет дополнительные факторы риска развития депрессии. Более специфичным фактором риска развития депрессии у женщин является также изменение гормонального статуса, о чем свидетельствуют хорошо известные послеродовые депрессии и климактерический синдром. Гормональный аспект депрессии детально обсуждается в статье Uriel Halbrech «Половые гормоны и аффективные расстройства у женщин», включая его влияние на выбор психофармакотерапии и анализ взаимосвязи между депрессией и менопаузой. Учитывая вышесказанное, необходимо дифференцировать связанные с полом варианты депрессии не только на клиническом и терапевтическом уровнях (например, известно, что женщины лучше реагируют на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, а мужчины - на трициклические антидепрессанты), но и с учетом психосоциальных аспектов, в том числе влияния депрессии на семейную жизнь. Достоверно установлено, что депрессия оказывает значительное негативное влияние на взаимоотношения женщины с супругом и детьми. Раздражительность, сопутствующая депрессии, в сочетании с утратой способности справляться с обязанностями по дому и/или на работе, может приводить к нарушению отношений от простого недопонимания до глубоких противоречий и, в конечном итоге, - к распаду семьи и разводу.

Нередко мать, страдающая депрессией, проявляет агрессию по отношению к младшим детям: их шум и требования внимания становятся для нее невыносимыми. В результате она может ударить ребенка без явной причины, а затем мучиться угрызениями совести и чувством вины. Также показано, что в развитых странах, особенно в Бразилии, в пределах одного района и при одинаковых социально-экономических условиях депрессия чаще развивается у женщин, чьи дети страдают тяжелыми нарушениями питания, чем у матерей, дети которых питаются нормально.

Депрессивные симптомы и связанное с депрессией снижение способности справляться с семейными обязанностями приводят к глубокому переживанию женщиной своего несоответствия тем требованиям, которые к ней предъявляет семья и общество. Подобная оценка состояния приводит к тому, что женщины отказываются обращаться за медицинской помощью, а врачи воспринимают депрессию как <естественную> реакцию на невозможность справляться со своими обязанностями. Но назначение рутинных лабораторных исследований и неадекватных лекарственных средств, например витаминов или других <стимуляторов>, не может способствовать излечению депрессии и восстановлению нормальной активности. Помочь таким пациентам могут только антидепрессанты. Указанные семейные и социальные аспекты депрессии обсуждаются в публикации Eugen Raykel <Депрессия у женщин: влияние на семейную жизнь>. Другая клиническая проблема, которая встает перед врачами в случаях депрессии у женщин - тревожный компонент депрессивного расстройства, часто занимающий ведущее место среди других симптомов депрессии. Выраженная тревога может сопровождаться разнообразными психопатологическими проявлениями, что, в свою очередь, может привести к ошибочной диагностике личностного расстройства, особенно в развитых странах. В результате неправильно установленного диагноза, например истерического личностного расстройства, врач назначит бензодиазепины, что может привести к хронификации депрессии. Цель двух статей, опубликованных в этом выпуске Бюллетеня по депрессии WPA, заключается не только в том, чтобы показать в два раза большую распространенность депрессии среди женщин в сравнении с мужчинами, но и подчеркнуть, что типичные клинические ошибки, приводящие к диагностической недооценке депрессии, а следовательно - к неадекватной терапии, также более характерны для депрессий у женщин. Обусловленные полем клинические различия составляют особый аспект проблемы депрессивных расстройств.

КАКОВЫ ПРИЗНАКИ ДЕПРЕССИИ?

"Моя жена бросила меня, потому что я был недостаточно хорош для нее. Я никогда не обрету способность существовать без нее". "Мои волосы редеют. Я все хуже выгляжу. Мной теперь никто не интересуется". "Я такой неудачливый работник. Мой начальник хорошо относится ко мне просто потому, что жалеет меня. Чтобы я не пытался делать, у меня ничего не получается правильно". "Я просто не могу заставить себя сделать хоть что-нибудь по дому. Мой брак разваливается". Выше приведены мысли, типичные для людей в состоянии депрессии. На поверхностный взгляд, они могут показаться вполне правильными, однако на самом деле демонстрируют те изменения в представлениях о себе, которые имеют место у людей в состоянии депрессии.

Изменения в мышлении, чувствованиях и действиях - ключевая характеристика депрессии.

Хотя эти изменения могут происходить постепенно, депрессивный человек отличается от того, каким он был до начала депрессии. Возможно даже, что он становится собственной противоположностью. Существует множество примеров подобного изменения: удачливый бизнесмен приходит к убеждению в том, что он на грани разорения; преданная мать намеревается оставить своего ребенка; гурман вдруг начинает испытывать отвращение к еде. Вместо поиска удовольствия, депрессивный человек начинает избегать его. Вместо ухода за собой, он пренебрегает собой и своей внешностью. На смену инстинкта выживания может прийти желание покончить с жизнью. Стремление к преуспеванию может быть замещено пассивностью и отгороженностью.

Наиболее очевидный и типичный признак депрессии - тоскливое настроение, а также переживания подавленности, одиночества или апатии. Человек в состоянии депрессии может плакать, даже когда, казалось бы, нет очевидного повода или, наоборот, утрачивает способность плакать при подлинно тяжелых событиях. Он может испытывать затруднения со сном - слишком раннее просыпание при невозможности заснуть вновь. С другой стороны, постоянно ощущая усталость, человек в состоянии депрессии может спать больше, чем обычно. Он может страдать отсутствием аппетита и терять вес, или есть больше, чем обычно, и прибавлять в весе.

Характерно, что человек в состоянии депрессии имеет весьма негативный взгляд на самого себя. Он убежден в собственной беспомощности и полном одиночестве на белом свете. Обвиняет себя за самые тривиальные погрешности и недостатки. Для депрессивных людей характерен пессимистичный взгляд на себя, мир и собственное будущее. Депрессивный человек теряет интерес к тому, что происходит вокруг, и зачастую не получает удовольствия от тех занятий, которые обычно его радовали. Он часто испытывает трудности в принятии, а также в выполнении уже принятых решений.

Некоторые люди, находясь в депрессии, могут не обнаруживать обычного тоскливого, угрюмого или подавленного настроения. Вместо этого они жалуются на ощущение какого-либо физического дискомфорта или страдают от алкоголизма или наркомании. Если человек постоянно выглядит усталым или скучает, чтобы он ни делал, - он в депрессии. Когда хорошо успевающие дети в течение какого-то периода начинают плохо учиться, это тоже может быть указанием на депрессию.

ЧТО ГОВОРЯТ ИССЛЕДОВАНИЯ?

Для людей в состоянии депрессии типична убежденность в том, что они утратили нечто очень важное для них, хотя на самом деле такой утраты может и не быть. Депрессивный больной может быть убежден в том, что он "проигравший" и всегда будет таковым, что он никчемный, плохой и даже недостойн жить. Может предпринять суицидальную попытку.

Проводимое в течение 10 лет при поддержке Национального Института психического здоровья (США) исследование было нацелено на объяснение таких неприятных переживаний депрессивных людей. Ученые обнаружили, что важным фактором депрессии является неправильная интерпретация многих ситуаций. Восприятие происходящего и мысли по этому поводу влияют на эмоциональное состояние. Другими словами,

депрессивный больной чувствует себя одиноким и испытывает печаль, потому что ошибочно думает, что он плох и никому не интересен.

Помочь депрессивному больному может, скорее, устранение ошибок в его мышлении, чем сосредоточение на его депрессивном настроении. Наши исследования показали, что, несмотря на низкую самооценку, депрессивные пациенты ничуть не хуже здоровых справлялись с серией сложных задач. В одном эксперименте мы предъявляли депрессивным пациентам серию возрастающих по сложности тестов, включающих как понимание прочитанного, так и самостоятельное его изложение. Как только участники эксперимента начинали переживать успех, они становились более оптимистичными. Их настроение и представление о себе значительно улучшались. Интересно, что когда депрессивных участников эксперимента поощряли, то, берясь за следующие тесты, они начинали лучше справляться с ними.

КАК СООТНОСИТСЯ МЫШЛЕНИЕ И ДЕПРЕССИЯ?

Приведенные выше данные предполагают новые подходы к лечению депрессии и новые способы помощи, которые депрессивные пациенты могут оказывать себе сами.

В результате наших исследований психотерапевты в настоящее время стали придавать большое значение убеждениям - т.е. тому, как и о чем думают люди. Мы обнаружили, что в состоянии депрессии они имеют постоянные неприятные мысли; с каждой негативной мыслью депрессивные переживания усиливаются. Тем не менее, эти мысли, как правило, не основаны на реальных фактах. Они заставляют человека испытывать большую тоску, чем это обусловлено самой ситуацией. Негативные мысли могут мешать депрессивным больным участвовать в тех видах деятельности, которые могли бы улучшить их самочувствие. В результате, у человека в состоянии депрессии возникают тяжелые мысли с самообвинительным содержанием о собственной "лени" или "безответственности", которые еще более усугубляют плохое эмоциональное состояние.

Чтобы разобраться в этом ошибочном мышлении, рассмотрим следующий пример. Представим, что вы идете по улице и встречаете старого друга. Друг, как кажется, полностью вас игнорирует. Естественно, вы испытываете огорчение. Можете задуматься о том, почему друг восстановлен против вас. Позднее, во время встречи с ним, вы упомянете этот эпизод. Друг расскажет, что был в тот момент настолько занят собственными мыслями, что просто не заметил вас. Если вы в нормальном эмоциональном состоянии, то почувствуете облегчение и выбросите этот эпизод из головы. Если же вы в состоянии депрессии, можете на самом деле поверить в то, что друг действительно отверг вас. Вы можете даже не спросить о причинах его поведения, оставаясь при этом в заблуждении. Депрессивные люди допускают такие мыслительные ошибки вновь и вновь. Они могут ошибочно интерпретировать поведение друга как отвержение. Склонны видеть скорее негативные, чем позитивные стороны событий и явлений, не предпринимая попыток проверить, не допустили ли ошибок в интерпретации событий.

Если вы страдаете депрессией, то в основе многих тяжелых переживаний лежат ошибки мышления. Эти ошибки прослеживаются в ваших мыслях о себе и происходящем с вами.

Вместе с тем, вы обладаете многими навыками и можете успешно решать проблемы в других жизненных сферах. Действительно, вам приходилось решать проблемы в течение всей вашей жизни. Уподобившись "ученому", вы можете научиться использовать ваши способности к рассуждению и ваш интеллект для "проверки" мышления. Можете проверить, насколько оно реалистично. С помощью этой процедуры вы можете уберечь себя от огорчений в каждой ситуации, которая, на первый взгляд, выглядит негативной. Итак, вы можете помогать себе посредством: распознавания негативных мыслей и их последующей коррекции и заменой на более реалистичные.

КАКОГО РОДА НЕГАТИВНЫЕ МЫСЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ДЕПРЕССИИ?

На первой странице мы привели несколько примеров мыслей, которые возникают у людей в состоянии депрессии. У недепрессивного человека эпизодически могут возникать подобные мысли, но он, как правило, быстро устраняет их из сознания. Депрессивного человека такие мысли одолевают всякий раз, когда он задумывается о собственной ценности и своих способностях, или о том, что он хотел бы получить от жизни. Обычно такие негативные мысли содержат одну или более из следующих тем:

Негативный взгляд на себя.

Такое представление о себе часто обнаруживается в том, что вы сравниваете себя с другими людьми, которые кажутся более привлекательными, успешными, способными или интеллектуальными: "Как студент я намного хуже, чем Майк", "Как мать я несостоятельна". "Я абсолютно лишен меткости суждений и остроумия". Можете обнаружить, что вас одолевают подобные мысли о себе. Вы заикливайтесь на прошлых ситуациях, в которых, как кажется, вы не нравились людям. Можете считать себя бесполезным или обузой. Можете даже прийти к выводу, что друзья и родные были бы счастливы освободиться от вас.

Самообвинение и самокритика.

Вы испытываете тоску, потому что внимание сосредоточено на ваших вымышленных недостатках. Обвиняете себя в том, что работаете не настолько хорошо, как считаете должным, что неправильно что-то сказали или навлекли несчастье на других людей. Когда дела идут плохо, склонны думать, что это происходит по вашей вине. Даже если случится что-нибудь хорошее, вы можете почувствовать себя хуже, подумав: "Я не заслуживаю этого. Я ничего не стою". Поскольку ваша самооценка очень низка, вы можете предъявлять к себе чрезмерные требования: быть образцовой домохозяйкой, непогрешимо преданным другом или профессионалом-врачом, выносящим безошибочные клинические суждения. Вы можете постоянно изнурять себя мыслью: "Я мог бы сделать лучше".

Негативная интерпретация событий.

Снова и снова вы реагируете отрицательными эмоциями в тех ситуациях, которые ранее не вызывали у вас беспокойства. Если у вас возникла заминка в поисках карандаша, вы можете подумать: "Мне трудно все". Потратив незначительную сумму, вы огорчаетесь, как при большой утрате. Вы можете "прочитать" неодобрение в словах других людей или решить, что они втайне недолбливают вас, хотя их поведение может оставаться вполне дружелюбным.

Негативные ожидания от будущего.

У вас возникает стойкая мысль, что вы никогда не преодолете эмоционального дискомфорта. Вы убеждены, что проблемы останутся навечно. В другом случае, у вас могут возникнуть негативные ожидания при попытках выполнить конкретное дело: "Я наверняка не справлюсь с этим". Например, у одной депрессивной пациентки возникал образ всевозможных позорных неудач при приготовлении обеда для гостей. Мужчина, обеспечивающий семью, рисует картину увольнения за допущенную ошибку. При этом вы склонны принимать будущие задачи и несчастья как неизбежные, считая тщетными все попытки улучшить вашу жизнь.

"Мои обязанности чрезмерно тяжелы".

Объем работы по дому и на службе остается прежним, но вы убеждены в том, что абсолютно не в силах справиться с ним, или полагаете, что на это уйдут недели или месяцы. Возможно, вы твердите себе, что дел настолько много, что просто невозможно как-то организовать и упорядочить работу. Вы можете лишить себя отдыха или права на личные интересы, потому что чувствуете давление обязательств со всех сторон. У вас могут возникать физические ощущения, обычно сопутствующие подобным мыслям, - одышка, тошнота и головные боли.

КАК ВЫЯВЛЯТЬ НЕГАТИВНЫЕ МЫСЛИ?

Когда вы заметили, что ваше настроение изменилось или ухудшилось, задайте себе вопрос: "Что за мысль (или образ) мелькает у меня в голове в данный момент?". Ваша мысль может быть реакцией на нечто, происшедшее в течение последнего часа или последних нескольких минут. Эта мысль может быть связана с воспоминанием о событиях прошлого. Она может возникать в форме образа или какой-либо картинки. О депрессивных мыслях важно знать следующее:

Негативные мысли, как правило, бывают автоматическими. Они возникают вне разума и логики, появляются сами по себе. Мысли скорее основаны на низкой самооценке депрессивных людей, чем на реальности.

Эти мысли безосновательны и не служат какой-либо полезной цели. Они ухудшают ваше самочувствие и служат помехой вашему стремлению получить от жизни то, что вы хотели бы получить. Если вы тщательно рассмотрите эти мысли, то, возможно, поймете, что вы сделали слишком поспешное и неточное умозаключение. Ваш психотерапевт сможет показать вам, насколько безосновательны негативные мысли.

Даже если негативные мысли безосновательны, в тот момент, когда они приходят к вам, они могут выглядеть как полностью правдоподобные. Они обычно принимаются как правильные и разумные, в точности как реалистичные мысли типа: "Звонит телефон. Я должен ответить".

Чем более вы верите в эти негативные мысли (т.е., чем более некритично принимаете их), тем хуже вы себя чувствуете. Если вы застрянете в тисках этих мыслей, то начнете интерпретировать все происходящее в негативном ключе. Вы будете все больше и больше сдаваться, поскольку все будет казаться безнадежным. Однако сдаваться вредно, поскольку депрессивные люди часто воспринимают этот факт как очередной признак неполноценности и неудачливости.

Вы можете помочь себе, научившись распознавать ваши негативные мысли и понимать, почему они ошибочны и нелогичны. Изучите приводимые ниже характеристики негативных мыслей и проверьте, насколько они свойственны вашим мыслям.

КАКОВЫ ТИПИЧНЫЕ МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ ОШИБКИ?

Ошибочное мышление приводит к депрессии и в дальнейшем усиливает ее. Возможно, вам свойственна одна или более из следующих ошибок. Прочтите этот текст и выявите применимое к вам.

Преувеличение.

Вы видите определенные вещи в крайностях. Например, если у вас возникает обычное повседневное затруднение, вы начинаете думать, что оно закончится несчастьем. Вы преувеличиваете проблемы и возможный ущерб, который может в результате иметь место. В то же время вы недооцениваете собственную способность справиться с проблемами. Вы делаете поспешное умозаключение без достаточных оснований, и верите в него так, как будто оно правильно. Например, человек, который вложил деньги в покупку нового дома, подозревал, что в нем могут быть термиты. Он моментально сделал умозаключение о том, что дом развалится и потеряет стоимость, а его деньги пропадут зря. Он был уверен в том, что теперь ничего нельзя сделать, чтобы "спасти дом".

Сверхобобщение.

Вы делаете широкие, обобщающие суждения, которые акцентируют негативные аспекты: "Никто не любит меня", "Я полный неудачник", "Я никогда не добьюсь того, чего хотел в жизни". Если кто-то из ваших знакомых хочет порвать отношения с вами, вы думаете: "Я теряю всех моих друзей".

Игнорирование позитивного.

Только негативное производит на вас впечатление и запоминается вами. Когда одну из депрессивных пациенток попросили вести дневник, она обнаружила, что события с положительным смыслом происходят часто, но у нее есть склонность не обращать на них внимания и забывать. Или она говорила сама себе, что положительные события по той или иной причине были не столь важны. Другой пациент, который в течение многих недель был в настолько глубокой депрессии, что даже не мог самостоятельно одеваться, в течение восьми часов красил спальню. Когда он закончил работу, то испытал сильнейшее недовольство собой, поскольку не добился полностью желаемого результата. По счастью, жене удалось помочь ему понять, как замечательно он все сделал.

С другой стороны, может отмечаться склонность рассматривать позитивные события как утраты. Например, молодая женщина в состоянии депрессии получила письмо от своего приятеля, содержание которого она расценила как отвергающее. С большим сожалением и тоской она разорвала отношения с ним. По прошествии некоторого времени, уже вылечившись от депрессии, она вновь прочла письмо и поняла, что в намерения друга не входило порвать с ней. Полученное письмо не было отвергающим, оно было полно искреннего интереса и участия.

ЧТО Я МОГУ СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ СНОВА НАЧАТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ?

Составление расписания дня. Постарайтесь составить расписание занятий на весь день, заполнив каждый час. Ежедневно составляйте план дел. Начинайте планирование с простейших задач, а затем планируйте более сложные. Проверьте, выполнили ли вы каждое из запланированных дел. Это расписание может также послужить для регистрации вашего опыта, связанного с достижениями и получением удовольствия.

Метод "чувство достижения и удовольствия". Ваши обстоятельства могут быть лучше, чем вы себе представляете. Запишите все события дня. Отметьте те из них, которые сопровождались переживаниями достижения, буквой "Д". Действия и события, доставившие вам хотя бы некоторое удовольствие, отметьте буквой "У".

Разрешение сложных проблем. Если какое-либо конкретное дело, которое вам необходимо сделать, представляется вам слишком трудным и обременительным, составьте список конкретных шагов, которые вам необходимо предпринять с целью его выполнения. Затем осуществляйте шаг за шагом последовательно. Проблемы, которые кажутся неразрешимыми, успешно разрешаются, если их свести к менее крупным составляющим частям, поддающимся управлению.

Если вы застряли в каком-либо одном способе решения проблемы и буксуете, попытайтесь составить список альтернативных способов справиться с делом. Спросите других людей о том, как бы они стали справляться с подобным затруднением.

КАК Я МОГУ ПРЕОДОЛЕТЬ СКЛОННОСТЬ К НЕГАТИВНОМУ МЫШЛЕНИЮ?

Азбука эмоциональной саморегуляции.

Большинство депрессивных людей убеждены в том, что их жизненные обстоятельства настолько плохи, что вполне естественно испытывать тоску. На самом деле ваши чувства связаны с тем, что вы думаете по поводу происходящего с вами и как вы интерпретируете его. Если вы тщательно обдумаете какое-либо недавнее событие, повергшее вас в огорчение и депрессию, вы сможете выделить три части проблемы:

Событие

Ваши мысли по поводу события

Ваши чувства

Большинство людей обычно осознают только пункты А и С.

А. Предположим, например, что ваша жена забыла о вашем дне рождения.

С. Вы ощутили обиду, тоску и разочарование.

В. На самом деле вас заставил чувствовать себя несчастным тот смысл, которым вы наделили события. Вы думаете: "Забычивость моей жены означает, что она больше меня не любит, Я потерял привлекательность для нее и для других". Вслед за этим вы можете подумать, что без ее любви и восхищения вы никогда не сможете вновь быть счастливым и удовлетворенным. Однако вполне возможно, что ваша жена была очень занята или вообще не разделяет всеобщий энтузиазм по поводу дней рождений. Вы страдаете вследствие вашего необоснованного умозаключения, но не вследствие самого происшествия.

Когда вы испытываете тоску, рассмотрите ваши мысли. Постарайтесь припомнить, что "промелькнуло у вас в голове". Эти мысли могут быть вашей "автоматической" реакцией на что-то, что произошло: случайную реплику друга, получение счета по почте, начавшуюся головную боль, мечту. Возможно, вы откроете, что эти мысли весьма негативны. При этом вы в значительной степени убеждены в их правильности.

Так, одна женщина, домохозяйка, испытывала уныние и чувствовала себя отвергнутой, потому что в течение нескольких дней никто из друзей не звонил ей. Когда она задумалась о происшедшем, то осознала, что Мери

была в больнице, Джейн уехала за город, а Элен звонила накануне этих дней. Негативную мысль "Все пренебрегают мной" она заменила этими альтернативными объяснениями и почувствовала себя значительно лучше. Попробуйте внести поправку в ваши мысли, ответив на каждое негативное утверждение более позитивным и взвешенным суждением. Вы обнаружите, что не только начинаете при этом смотреть на жизнь более реалистично, но и чувствуете себя лучше. Для оценки ваших негативных мыслей задайте себе следующие вопросы:

Каковы доказательства правильности моей мысли? Каковы доказательства того, что моя мысль неверна или не вполне верна?

Существует ли альтернативное объяснение происшедшему?

Каков наихудший возможный исход? Смогу ли я это пережить? Каков наилучший возможный исход? Каков наиболее реалистичный исход событий?

Что я сказал бы другу, если бы он (она) оказался на моем месте?

Каковы последствия моей убежденности в правильности негативных мыслей? Каковы могли бы быть последствия, если бы я смог (смогла) думать об этом более реалистично?

Что я могу сделать конструктивно в данной ситуации?

Техника "двойной колонки".

Запишите ваши необоснованные автоматические мысли в одной стороне листа и ответы на них - в другой.

(Пример: Джон не позвонил. Он меня не любит. Ответ: Он действительно не звонил мне на этой неделе, но когда мы встречались последний раз, он был очень нежен и говорил, что скучал без меня. Наверное, он был очень занят и не мог догадываться, как я переживаю. Наихудшее, что может случиться, - расставание. Оно было бы очень тяжело, но я все же выживу. Наилучшее, что может случиться - он очень скоро позвонит. Наиболее реалистично ожидать, что он позвонит на этой неделе. Моей подруге Донне я могла бы посоветовать не волноваться и позвонить ему самой. В результате мысли "Он меня не любит" я чувствую себя жалкой и теряю стимул что-либо делать. Если бы я изменила эту мысль, я была бы более оптимистична. Я должна сама ему позвонить в конце дня, если он не сделает этого).

Лекарства, применяемые при лечении депрессии

Антидепрессанты:

- ЗОЛОФТ(Сертралин).
- Ципрамил.
- Анафранил.
- Амитриптилин.
- Мелипрамин(Имипрамин).

Нейролептики:

- Флюанксол.

Соли лития:

- Лития карбонат.

Снотворные:

- Имован(ивадал).

Транквилизаторы:

- Грандаксин(ТОФИЗОПАМ).
- Седускен(Сибазон).

ЗОЛОФТ (ZOLOFT) SERTRALINUM

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ Пфайзер

Инструкция

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТА

1. Наименование лекарственного средства ЗОЛОФТ

2. Количественный и качественный состав Активный компонент: Сертралин фирмы Пфайзер выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, для приема внутрь, содержащих сертралина гидрохлорид в дозе, соответствующей 50 мг или 100 мг сертралина.

3. Форма выпуска Таблетки, покрытые оболочкой.

4. Клиническая часть 4.1. Показания к применению Сертралин применяют для лечения симптомов депрессии, в том числе сопровождающейся чувством тревоги, при наличии и отсутствии мании в анамнезе. После получения удовлетворительного эффекта продолжение лечения сертралином позволяет предупредить рецидив начального эпизода депрессии и их появление в последующем. Сертралин показан для лечения ОКР - обсессивно-компульсивного расстройства (навязчивого состояния). После получения начального эффекта длительная терапия давала стойкий эффект при ОКР (навязчивом состоянии).

4.2. Дозировка и методы применения Сертралин назначают один раз в сутки утром или вечером. Таблетки сертралина можно принимать независимо от приема пищи. Терапевтическая доза составляет 50 мг/сут. При отсутствии эффекта ее можно увеличивать постепенно (на 50 мг) до максимальной дозы, составляющей 200 мг/сут, в течение нескольких недель. Начальный эффект может наблюдаться в течение 7 дней, однако полный эффект обычно проявляется через 2-4 недели (или даже через больший срок при ОКР). Поддерживающая доза при длительном лечении должна быть минимальной эффективной; в последующем ее меняют в зависимости от терапевтического эффекта. Как и многие другие препараты, сертралин следует применять с осторожностью у больных почечной и печеночной недостаточностью (см. Особые предостережения и особые меры предосторожности). Применение при лечении детей Безопасность и эффективность сертралина у детей не установлены. Применение при лечении пожилых людей В пожилом возрасте препарат применяют в тех же дозах, что и у более молодых людей.

4.3. Противопоказания Препарат нельзя назначать больным, получающим ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) (см. Особые предостережения и особые меры предосторожности). Сертралин противопоказан больным с гиперчувствительностью к сертралину.

4.4. Особые предостережения и особые меры предосторожности Ингибиторы моноаминоксидазы Описаны случаи серьезных реакций у больных, получавших сертралин в сочетании с ингибиторами моноаминоксидазы (МАОИ), в том числе селективными МАОИ (селегилин) и обратимыми МАОИ (моклубемид). У некоторых больных наблюдались

симптомы, напоминающие серотониновый синдром. Сходные случаи, иногда со смертельным исходом, описаны при применении других антидепрессантов в сочетании с ингибиторами МАО, а также у больных, которые недавно прекратили прием антидепрессанта или антиобсессивного препарата и начали прием ингибитора МАО. Симптомы взаимодействия между селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторами МАО включают в себя: гипертермию, ригидность, миоклонус, автономную нестабильность с возможными быстрыми колебаниями жизненных признаков, изменения психического состояния, к которым относят спутанность сознания, раздражительность и чрезмерное возбуждение с развитием делирия и комы. В связи с этим сертралин не следует применять в комбинации с ингибиторами МАО или в течение 14 дней после прекращения лечения ингибитором МАО. Аналогично, назначать ингибитор МАО можно не раньше, чем по крайней мере через 14 дней после отмены сертралина. Активация мании/гипомании. При испытании сертралина до его регистрации гипомания и мания наблюдались примерно у 0,4% больных, получавших сертралин. Случаи активации мании / гипомании описаны также у небольшой части больных с большой депрессией, получавших другие антидепрессивные или антиобсессивные средства. Судороги. Антидепрессивные или антиобсессивные средства могут вызвать судороги. Сертралин не изучался у больных судорожным синдромом, поэтому следует избегать его применения у больных с нестабильной эпилепсией, а больных с контролируемой эпилепсией следует тщательно наблюдать вовремя лечения. При появлении судорог во всех случаях препарат необходимо отменить. Самоубийство. Больным депрессией свойственна склонность к попыткам к самоубийству, которая сохраняется до наступления значительного улучшения их состояния в результате лечения. В связи с этим в начале лечения больных необходимо тщательно наблюдать.

Применение при печеночно-клеточной недостаточности

Сертралин активно биотрансформируется в печени. По данным фармакокинетического исследования, при однократном приеме сертралина у больных стабильным циррозом печени легкого течения наблюдалось увеличение периода полувыведения препарата и AUC (площадь под кривой концентрация/время) по сравнению с таковыми у здоровых людей. Применять сертралин у больных с заболеваниями печени следует с осторожностью. Если препарат назначают больному с нарушенной функцией печени, необходимо обсудить целесообразность снижения дозы или увеличения интервала между приемом препарата.

Применение при почечной недостаточности

Сертралин подвергается активной биотрансформации, поэтому в неизмененном виде с мочой он выводится в незначительном количестве. У больных с начальной и умеренно выраженной почечной недостаточностью (клиренс креатинина 20-50 мл/мин) и больных с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <20 мл/мин) фармакокинетические параметры сертралина при однократном его приеме существенно не отличались от контроля. Однако фармакокинетика сертралина в равновесном состоянии у этой категории больных изучена недостаточно, поэтому при лечении больных почечной недостаточностью следует соблюдать осторожность.

Применение у пожилых людей

В клинических испытаниях сертралина принимали участие несколько сотен пожилых людей. Профиль и частота побочных реакций у больных пожилых и более молодого возраста были одинаковыми.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными средствами и прочие формы взаимодействия Ингибиторы моноаминоксидазы (см. Особые предостережения и особые меры предосторожности). Депрессанты ЦНС и алкоголь Одновременный прием сертралина в дозе 200 мг/сут не усиливает влияние алкоголя, карбамазепина, галоперидола или фенитоина на когнитивную и психомоторную функцию у здоровых людей; однако одновременный прием сертралина и алкоголя не рекомендуется. Препараты, связывающиеся с белками Сертралин связывается с белками плазмы, поэтому необходимо учитывать возможность его взаимодействия с другими препаратами, связывающимися с белками. Взаимодействие с другими препаратами В ряде формальных исследований изучено взаимодействие сертралина с различными препаратами. Одновременный прием сертралина в дозе 200 мг/сут с диазепамом или толбутамидом приводил к небольшому, но статистически достоверному изменению некоторых фармакокинетических параметров. Циметидин вызывал существенное снижение клиренса сертралина при их совместном применении. Клиническое значение этих изменений неизвестно. Сертралин не оказывал влияния на бета-адреноблокирующую активность атенолола. Признаков взаимодействия сертралина 200 мг/сут с глибенкламидом и дигоксином не обнаружено. Варфарин При одновременном приеме сертралина 200 мг/сут с варфарином наблюдалось небольшое, но статистически достоверное увеличение протромбинового времени; клиническое значение этого эффекта неизвестно. В связи с этим следует тщательно следить за показателем протромбинового времени в начале терапии сертралином и после его отмены. Препараты, метаболизирующиеся Р450 2D6 Многие антидепрессанты, например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, включая сертралин, и большинство трициклических антидепрессантов, ингибируют биохимическую активность фермента, метаболизирующего лекарственные вещества - цитохром Р450 2D6 (дебризоквингидроксилаза) и за счет этого могут повысить концентрацию в плазме других препаратов, которые биотрансформируются 2D6 и имеют узкий терапевтический индекс, например, трициклические антидепрессанты и антиаритмические препараты 1с класса (пропафенон и флекаинид). Антидепрессанты отличаются друг от друга по степени ингибирующего влияния на Р450 2D6. В двух клинических исследованиях взаимодействия дезипрамина и ингибиторов обратного захвата серотонина в рекомендуемых дозах у здоровых добровольцев был сопоставлен эффект ЗОЛОФТа и двух других селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. В первом исследовании средняя площадь под фармакокинетической кривой (AUC) (24) дезипрамина в равновесном состоянии возросла на 23 % и 380 % при одновременном применении с ЗОЛОФТом и препаратом сравнения соответственно. Во втором исследовании при использовании другого селективного ингибитора обратного захвата серотонина в качестве препарата сравнения средняя AUC (24) дезипрамина в равновесном состоянии возросла на 37 % и 421 % при одновременном применении с ЗОЛОФТом и препаратом сравнения соответственно. Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что эффект ЗОЛОФТа по сравнению с двумя другими селективными ингибиторами обратного захвата серотонина

был значительно менее выраженным. Тем не менее, при одновременном применении препарата, подвергающегося биотрансформации Р450 2D6, и ЗОЛОФТа первый может потребоваться назначать в более низкой дозе, чем обычно. Кроме того, при отмене ЗОЛОФТа может потребоваться увеличение дозы другого препарата. Препараты, метаболизирующиеся другими ферментами Р450 Длительное применение сертралина в дозе 200 мг/сут не оказывало существенного влияния в сравнении с плацебо на уровни карбамазепина в плазме (маркер активности изоэнзима Р450 3A4). Исследования *in vitro* свидетельствуют о том, что сертралин не подавляет или мало подавляет активность Р450 1A2. Литий В плацебоконтролируемых испытаниях у здоровых добровольцев сертралин существенно не влиял на фармакокинетику лития, однако в сравнении с плацебо повышал тремор, что указывало на возможное фармакодинамическое взаимодействие. В связи с этим при одновременном лечении сертралином, как и другими селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, в сочетании с другими препаратами типа лития, которые могут действовать через серотонинергические механизмы, необходимо соблюдать осторожность. Серотонинергические средства Опыт клинических испытаний, целью которых было определение оптимального времени, необходимого для перевода больных с приема других антидепрессивных средств на сертралин, ограничен. Необходимо соблюдать осторожность и медицинское благоразумие при таком переходе, особенно с длительнодействующих препаратов. Необходимый интервал между отменой одного селективного ингибитора обратного захвата серотонина и началом приема другого подобного препарата не установлен. До получения дополнительных данных серотонинергические средства (типа триптофана или фенфлюрамина) не следует применять в сочетании с сертралином. Электросудорожная терапия Риск или польза комбинированного применения электросудорожной терапии и сертралина в клинических исследованиях не изучались. Индукция микросомальных ферментов Судя по снижению периода полувыведения антипирина, сертралин индуцирует печеночные ферменты, однако клинического значения это не представляет.

4.6. Применение при беременности и кормлении грудью

Применение при беременности

Влияние препарата на репродуктивную функцию изучалось у крыс и кроликов, которым его вводили в дозах, примерно в 20 и 10 раз превышавших максимальные суточные дозы для человека (в мг/кг). Признаки тератогенного действия при применении препарата в любых дозах обнаружены не были. Тем не менее сертралин в дозах, примерно в 2,5-10 раз превышавших максимальные суточные дозы для человека (в мг/кг), вызывал задержку ossification костной ткани плода, возможно, как результат влияния на материнскую особь. При введении сертралина в дозах, примерно в 5 раз превышавших максимальные дозы для человека (в мг/кг), наблюдалось снижение выживаемости новорожденных. Сходное влияние на выживаемость новорожденных оказывали и другие антидепрессанты. Клиническое значение этого эффекта неизвестно. Адекватные хорошо контролируемые испытания препарата у беременных женщин не проводились. Результаты репродуктивных исследований у животных не всегда позволяют предсказать влияние лекарственного вещества на репродуктивную функцию у человека, поэтому сертралин следует применять во время беременности лишь в том случае, если

ожидаемая польза перевешивает возможный риск. Женщины детородного возраста во время лечения сертралином должны использовать адекватные методы контрацепции.

Применение во время кормления грудью

Сведения о проникновении сертралина в грудное молоко отсутствуют, поэтому не рекомендуется назначать его женщинам, кормящим грудью.

4.7. Влияние на способность управления автомобилем и пользования техникой

Исследования показали, что сертралин не оказывает влияния на психомоторную функцию. Тем не менее антидепрессивные или антиобсессивные средства могут ухудшить умственную или физическую активность, необходимую для выполнения потенциально опасных функций типа вождения автомобиля или управления механизмами, о чем необходимо предупредить больного.

4.8. Нежелательные реакции

В контролируемых испытаниях с повторным приемом препарата в различных дозах по сравнению с плацебо сертралин чаще вызывал следующие побочные реакции: тошнота, диарея/неустойчивый стул, диспепсия, дрожание, головокружение, инсомния, сонливость, потливость, сухость во рту и нарушение половой функции у мужчин (в основном задержка эякуляции). После внедрения сертралина на рынок добровольно были опубликованы сообщения о следующих побочных реакциях, которые иногда наблюдались при применении препарата, но могли и не быть с ним связаны: нарушения движения (такие как экстрапирамидные симптомы и нарушения походки), судороги, нарушения менструального цикла, гиперпролактинемия, галакторея, сыпь (в том числе редкие описания многоформной эритемы). Описаны редкие случаи синдрома отмены. Как и при приеме других антидепрессантов, в редких случаях отмечались следующие побочные реакции, которые нельзя было отличить от проявлений естественного течения основного заболевания: парестезия, гипестезия, симптомы депрессии, галлюцинации, агрессивные реакции, возбуждение, тревога и психоз. Бессимптомное повышение активности аминотрансфераз (АсАТ и АлАТ) при лечении сертралином встречалось нечасто (примерно в 0,8 % случаев). Эти нарушения обычно наблюдались в течение первых 1-9 недель лечения и быстро исчезали после отмены препарата. Описаны редкие случаи гипонатриемии; после прекращения лечения уровень натрия возвращался к норме. В некоторых случаях гипонатриемия, возможно, была связана с неадекватной секрецией антидиуретического гормона. Снижение уровня натрия в большинстве случаев наблюдалось у больных более пожилого возраста, а также больных, получающих диуретики и другие лекарственные препараты. Профиль побочных реакций, встречавшихся во время двойных слепых плацебо контролируемых испытаний у больных с навязчивым состоянием (ОКР), был сходным с таковым у больных с депрессией.

4.9. Передозировка

Токсикологические исследования у различных видов животных продемонстрировали хорошую переносимость сертралина. Сертралин не оказывал мутагенного действия. Имеющиеся данные свидетельствуют о широком спектре безопасности сертралина при его передозировке. Сообщались случаи передозировки при монотерапии сертралином в дозе до 6 г. Известны случаи смертельного исхода при передозировке сертралина в сочетании с другими лекарственными средствами и/или

алкоголем. В связи с этим во всех случаях передозировка требует агрессивного лечения. Какую-либо специфическую терапию трудно рекомендовать, так как антидоты сертралина отсутствуют. Следует обеспечить нормальную проходимость дыхательных путей, оксигенацию и вентиляцию легких. Активированный уголь, который можно использовать в сочетании с сорбитолом, может оказаться таким же эффективным или более эффективным, чем рвота или промывание желудка, поэтому при передозировке следует учитывать возможность его применения. Целесообразно контролировать показатели работы сердца и других жизненноважных органов и проводить симптоматическую и поддерживающую терапию. Учитывая большой объем распределения сертралина, форсированный диурез, диализ, гемоперфузия и обменное переливание крови вряд ли дадут какой-либо эффект.

5. Фармакологические свойства

5.1. Фармакодинамические свойства

Сертралин - мощный специфический ингибитор обратного захвата серотонина (5-НТ) в нейронах *in vitro*, усиливающий эффекты 5-НТ у животных. Он оказывает очень слабое влияние на обратный захват норадреналина и дофамина. В клинических дозах сертралин блокирует захват серотонина в тромбоцитах человека. Он не оказывает стимулирующего, седативного или антихолинергического действия и не обладает кардиотоксичностью у животных. В контролируемых испытаниях у здоровых добровольцев сертралин не давал седативного эффекта и не изменял психомоторную функцию. Благодаря селективному угнетению захвата 5-НТ сертралин не усиливает катехоламинергическую активность. Сертралин не обладает сродством к мускаринергическим (холинергическим), серотонинергическим, дофаминергическим, адренергическим, гистаминергическим, ГАМК или бензодиазепиновым рецепторам. Длительное применение сертралина у животных приводило к снижению активности норадреналиновых рецепторов головного мозга; сходный эффект дают другие клинически эффективные антидепрессивные и антиобсессивные препараты. В отличие от трициклических антидепрессантов, при лечении депрессии или ОКР (навязчивого состояния) сертралином увеличения массы тела не происходит; у некоторых пациентов она даже снижается. Сертралин не вызывал физической или психологической зависимости.

5.2. Фармакокинетические свойства

В интервале от 50 до 200 мг фармакокинетика сертралина зависит от дозы. У человека при лечении сертралином в дозе от 50 до 200 мг один раз в сутки в течение 14 дней концентрация препарата в плазме достигала пика (C_{max}) через 4,5-8,4 ч после приема. Средний период полувыведения сертралина у молодых и пожилых мужчин и женщин составляет 22-36 ч. Соответственно периоду полувыведения наблюдается примерно двухкратная кумуляция препарата до наступления равновесных концентраций через 1 неделю лечения (прием дозы один раз в сутки). Связывание с белками плазмы равно примерно 98%. Исследования у животных демонстрируют большой очевидный объем распределения сертралина. По данным исследований, проведенным на животных сертралин обладает большим кажущимся объемом распределения. Сертралин активно биотрансформируется при первом прохождении через печень. Основной метаболит, обнаруживаемый в плазме, - N-десметилсертралин - значительно уступает по активности сертралину

(примерно в 20 раз) *in vitro* и фактически не активен на моделях депрессии *in vivo*. Период полувыведения N-десметилсертралина варьирует в пределах 62-104 ч. Сертралин и N-десметилсертралин активно биотрансформируются у человека; образующиеся метаболиты выводятся с калом и мочой в равных количествах. Неизмененный сертралин выводится с мочой в незначительном количестве (<0,2%). Фармакокинетика сертралина у пожилых и более молодых людей сходная. Прием пищи не оказывает существенного влияния на биодоступность сертралина в таблетках.

5.3. Доклинические сведения о безопасности

Широкие исследования безопасности сертралина при его длительном применении у животных в дозах, в несколько раз превышавших терапевтические, показали его хорошую переносимость.

5.4. Доклинические сведения о безопасности

Сертралин вообще хорошо переносится по данным обширных длительных исследований проведенных у животных при дозах, во много раз превышавших обычные клинически эффективные дозы 6. Фармацевтическая часть 6.1. Перечень неактивных компонентов Таблетки сертралина содержат следующие неактивные компоненты: кальция гидрогенфосфат, микрокристаллическая целлюлоза, гидроксипропилцеллюлоза, натрия крахмал гликолат, магния стеарат, гидроксипропилметилцеллюлоза, полиэтиленгликоль, полисорбаты, титана двуокись (E171).

6.2. Несовместимость

Нет.

6.3. Срок годности

См. дату истечения срока годности, указанную на упаковке 6.4. Условия хранения Хранить при температуре ниже 30 С.

6.5. Упаковка

Непрозрачные блистеры

Кломипрамин

Регистрационный номер:

П-8-242 № 011212

Химическое (рациональное) название:

3-хлоро-5-[3-(диметиламино)-пропил]10,11-дигидро-5Н-дибенз-[b,f]азепин гидрохлорид

Международное (непатентованное) название

(МНН): кломипрамин

Лекарственная форма:

таблетки, покрытые сахарной оболочкой; таблетки ретард; раствор для инъекций.

Состав:

1 таблетка, покрытая сахарной оболочкой, содержит 10 мг или 25 мг кломипрамина гидрохлорида (активное вещество), а также неактивные ингредиенты: глицерин (85%, РН), лактоза, стеарат магния, кукурузный крахмал, стеариновая кислота, гидроксипропилцеллюлоза, сополимер винилпирролидон/винилацетата, целлюлоза микрокристаллическая, двуокись титана, желтая окись железа, макрогол 8000, поливидон, сахароза, тальк. Таблетки 10 мг содержат также желатин. Таблетки 25 мг содержат также аэрогель кремния. 1 таблетка ретард (делимая) содержит 75 мг кломипрамина гидрохлорида (активное вещество), а также

неактивные ингредиенты: аэрогель кремния, фосфат кальция, стеарат кальция, сополимер эфиров полиакрил/метакрила, гидроксипропилцеллюлоза, глицерил полиэтиленгликоль оксистеарат, красная окись железа, двуокись титана, тальк. 2 мл раствора для инъекций (1 ампула) содержат 25 мг кломипрамина (активное вещество), а также неактивный ингредиент глицерол в воде для инъекций.

Фармакологические свойства

Анафранил является трициклическим антидепрессантом. Считается, что лечебное действие Анафранила осуществляется за счет его способности ингибировать обратный нейрональный захват норадреналина (НА) и серотонина (5-НТ), высвобождающихся в синаптическую щель, причем наиболее важным является подавление обратного захвата серотонина. Анафранилу, кроме того, присущ широкий спектр других фармакологических действий: альфа₁-адренолитическое, антихолинергическое, антигистаминное и антисеротонинергическое (блокада 5-НТ-рецепторов). Анафранил воздействует на депрессивный синдром в целом, в том числе особенно на такие его типичные проявления, как психомоторная заторможенность, угнетенное настроение и тревожность. Клинический эффект отмечается обычно через 2-3 недели лечения. Анафранил оказывает также специфическое воздействие при обсессивно-компульсивных расстройствах, которое отличается от его антидепрессивного эффекта. Действие Анафранила при хронических болевых синдромах, обусловленных или не обусловленных соматическими заболеваниями, связано с облегчением передачи нервного импульса, опосредуемой серотонином и норадреналином.

Фармакокинетика

Всасывание

Лекарственные формы для приема внутрь. Кломипрамин полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Системная биодоступность неизмененного кломипрамина составляет около 50%, что связано с выраженным метаболизмом при первом прохождении через печень, приводящим к образованию дезметилкломипрамина. Прием пищи не оказывает существенного влияния на биодоступность кломипрамина. Возможно лишь некоторое замедление его всасывания и, следовательно, увеличение времени достижения максимальной концентрации в крови. С учетом количества абсорбируемого активного вещества таблетки, покрытые оболочкой, и таблетки ретард биоэквивалентны. После приема постоянной дозы препарата внутрь равновесные концентрации кломипрамина в плазме крови у отдельных пациентов в значительной степени варьируют. При ежедневном назначении препарата в дозе 75 мг/сут (в виде таблеток, покрытых оболочкой, по 25 мг 3 раза в день, или в виде таблеток ретард по 75 мг 1 раз в день) равновесная концентрация препарата в плазме устанавливается в диапазоне от 20 до 175 нг/мл. Значения равновесной концентрации активного метаболита десметилкломипрамина находятся в аналогичном диапазоне. Тем не менее, при назначении Анафранила по 75 мг в день, эти значения на 40-85% выше, чем концентрация кломипрамина. Раствор для инъекций. После внутримышечного введения кломипрамин всасывается полностью. При повторном внутримышечном или внутривенном ежедневном введении Анафранила в дозе 50-150 мг/сут равновесная концентрация достигается на 2-ой неделе лечения. Значения равновесной концентрации

кломипрамина колеблются от менее 15 до 447 нг/мл, а активного метаболита десметилкломипрамина - от менее 15 до 669 нг/мл.

Распределение

Связывание кломипрамина с белками плазмы крови составляет 97.6%. Кажущийся объем распределения составляет около 12-17 л/кг массы тела. Концентрации кломипрамина в спинномозговой жидкости составляют около 2% от уровня его в плазме крови. Кломипрамин проникает в материнское молоко, где определяется в концентрациях, близких к концентрациям в плазме крови.

Метаболизм

Главный путь метаболизма кломипрамина - деметилирование с образованием десметилкломипрамина. Кроме того, кломипрамин и десметилкломипрамин подвергаются гидроксилированию с образованием 8-гидрокси-кломипрамина и 8-гидроксидесметилкломипрамина, однако имеется мало сведений об их фармакологической активности *in vivo*. Процесс гидроксилирования кломипрамина и десметилкломипрамина генетически детерминирован (аналогично метаболизму дебризохина). У лиц с низким метаболизмом дебризохина концентрация в плазме десметилкломипрамина может достигать высоких значений, в то время как влияние на концентрации кломипрамина выражено в меньшей степени.

Выведение

Около 2/3 от однократной дозы кломипрамина выводится в виде водорастворимых конъюгатов с мочой и примерно 1/3 дозы - с калом. В неизмененном виде с мочой выводится около 2% от принятой дозы кломипрамина и около 0,5% десметилкломипрамина. После приема препарата внутрь период полувыведения из плазмы кломипрамина составляет в среднем 21 ч (диапазон колебаний от 12 до 36 ч), а десметилкломипрамина - в среднем 36 часов. После внутримышечного и внутривенного введения Анафранила конечный период полувыведения кломипрамина составляет в среднем 25 ч (диапазон колебаний от 20 до 40 ч) и 18 ч, соответственно. Фармакокинетика у отдельных групп пациентов У пациентов пожилого возраста, вне зависимости от используемой дозы Анафранила, вследствие снижения интенсивности метаболизма кломипрамина концентрации его в плазме выше, чем у пациентов более молодого возраста. Влияние нарушений функции печени и почек на фармакокинетику кломипрамина пока не изучено.

Показания к применению

Лечение депрессивных состояний различной этиологии, протекающих с различной симптоматикой: эндогенные, реактивные, невротические, органические, маскированные, инволюционные формы депрессии; депрессия у больных шизофренией и психопатиями; депрессивные синдромы, возникающие в старческом возрасте; обусловленные хроническим болевым синдромом или хроническими соматическими заболеваниями; депрессивные нарушения настроения реактивной, невротической или психопатической природы. Обсессивно-компульсивные синдромы. Хронический болевой синдром. Дополнительно для таблеток Фобии и панические расстройства (приступы). Катаплексия, сопутствующая нарколепсии. Ночной энурез (только у пациентов в возрасте старше 5 лет и при условии исключения органических причин заболевания). Дополнительно для раствора для инъекций Фобии.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к кломипрамину или любым другим ингредиентам препарата, перекрестная повышенная чувствительность к трициклическим антидепрессантам из группы дибензазепина. Одновременное назначение ингибиторов МАО, а также период менее 14 дней до и после их применения. Противопоказано также одновременное применение селективных ингибиторов МАО-А обратимого действия, таких как моклобемид. Недавно перенесенный инфаркт миокарда.

Меры предосторожности

Известно, что трициклические антидепрессанты снижают порог судорожной готовности, поэтому Анафранил должен применяться с особой осторожностью у пациентов с эпилепсией, а также при наличии других предрасполагающих к возникновению судорожного синдрома факторов, например, повреждениях головного мозга любой этиологии, одновременном использовании нейролептических средств, в период отказа от алкоголя или отмены препаратов, обладающих противосудорожными свойствами (например, бензодиазепинов). Считается, что возникновение судорог во время приема Анафранила зависит от величины дозы препарата. В связи с этим не следует превышать рекомендуемую суточную дозу Анафранила. С особой осторожностью следует назначать Анафранил пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, прежде всего, с сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушениями внутрисердечной проводимости (например, атриовентрикулярной блокадой I-III степени) или аритмиями. У таких пациентов, так же как и у пациентов пожилого возраста, необходимо регулярно контролировать показатели функции сердечно-сосудистой системы и ЭКГ. Поскольку препарат обладает антихолинергическими свойствами, его следует использовать с особой осторожностью у пациентов, в анамнезе которых имеются сведения о повышенном внутриглазном давлении, закрытоугольной глаукоме или задержке мочи (например, вследствие заболеваний предстательной железы). Осторожность необходима при лечении трициклическими антидепрессантами пациентов с тяжелыми заболеваниями печени, а также у пациентов с опухолями мозгового слоя надпочечников (например, феохромоцитомой, нейробластомой), так как в этом случае данные препараты могут провоцировать развитие гипертонического криза. У многих пациентов с паническими приступами в начале лечения Анафранилом усиливается тревожность. Такое парадоксальное усиление тревожности наиболее выражено в первые дни терапии и обычно стихает в пределах двух недель. У больных шизофренией, получающих трициклические антидепрессанты, иногда отмечается активация психоза. Известно, что у пациентов с циклическими аффективными расстройствами, принимающих трициклические антидепрессанты, в период депрессивной фазы могут развиваться маниакальные или гипоманиакальные состояния. В таких случаях может возникнуть необходимость в снижении дозы Анафранила или в его отмене и назначении антипсихотического средства. После купирования указанных состояний, если имеются показания, лечение Анафранилом в низких дозах может быть возобновлено. При парентральном введении Анафранила сообщалось об отдельных случаях анафилактического шока. Поэтому, при внутривенном введении препарата необходима осторожность. Перед началом терапии Анафранилом рекомендуется измерить артериальное давление, поскольку у пациентов с ортостатической гипотензией или лабильностью сосудистой системы может отмечаться резкое снижение артериального давления. По причине

возможных кардиотоксических эффектов требуется соблюдать осторожность при лечении больных гипертиреозом или пациентов, получающих препараты гормонов щитовидной железы. У пациентов с заболеваниями печени рекомендуется периодический контроль активности печеночных ферментов. Хотя об изменениях уровня лейкоцитов в период лечения Анафранилом сообщалось лишь в отдельных случаях, рекомендуется периодическое исследование состава периферической крови и внимание к таким симптомам, как лихорадка и боль в горле, особенно в первые месяцы терапии или в период длительного применения препарата. Анафранил, так же как и другие трициклические антидепрессанты, назначают в сочетании с электросудорожной терапией только при условии тщательного медицинского наблюдения. У предрасположенных пациентов и пациентов пожилого возраста трициклические антидепрессанты могут провоцировать развитие лекарственных психозов, преимущественно в ночное время. После отмены лекарственного препарата указанные расстройства проходят в течение нескольких дней. Выраженным депрессиям свойственен риск суицидальных действий, который может сохраняться вплоть до достижения существенной ремиссии. В связи с этим, в начале лечения может быть показана комбинация Анафранила с препаратами из группы бензодиазепинов или нейролептическими средствами. Известны сообщения о том, что на фоне приема Анафранила отмечается меньшее число летальных исходов вследствие передозировки, чем на фоне приема других трициклических антидепрессантов. Необходима осторожность при использовании Анафранила у пациентов с хроническими запорами. Трициклические антидепрессанты могут вызывать паралитическую кишечную непроходимость, преимущественно у пациентов пожилого возраста или у пациентов, вынужденных соблюдать постельный режим. Перед проведением общей или местной анестезии следует предупреждать анестезиолога о том, что пациент принимает Анафранил. Сообщалось об учащении кариеса зубов при длительном лечении трициклическими антидепрессантами. Поэтому в случае длительной терапии Анафранилом рекомендуется регулярный осмотр пациента стоматологом. Вследствие антихолинергического действия, свойственного трициклическим антидепрессантам, возможно снижение слезоотделения и относительное увеличение количества слизи в составе слезной жидкости, что может привести к повреждению эпителия роговицы у пациентов, пользующихся контактными линзами. Следует избегать резкой отмены Анафранила, так как это может привести к побочным реакциям.

Применение в периоды беременности и лактации

Опыт применения

Анафранила в период беременности ограничен. Поскольку известны отдельные сообщения о возможной связи между приемом трициклических антидепрессантов с нарушениями развития плода, следует избегать использования Анафранила в период беременности, за исключением тех случаев, когда ожидаемый эффект лечения матери несомненно превышает потенциальный риск для плода. В тех случаях, когда трициклические антидепрессанты применялись в период беременности вплоть до наступления родов, у новорожденных в течение первых нескольких часов или дней развивался синдром отмены, проявлявшийся одышкой, сонливостью, коликами, раздражительностью, гипотензией или

гипертензией, тремором или спастическими явлениями. Во избежание развития данного синдрома, Анафранил должен быть, по возможности, постепенно отменен, по крайней мере, за 7 недель до ожидающихся родов. Так как активное вещество препарата проникает в грудное молоко, следует либо прекращать грудное вскармливание, либо постепенно отменить Анафранил. Влияние на способность водить автомашину и работать с механизмами Пациенты, принимающие Анафранил, должны быть предупреждены о том, что у них могут появиться нечеткость зрения, сонливость и другие нарушения со стороны ЦНС, и что в таких случаях им следует отказаться от вождения автомашины, работы с механизмами, а также от занятий иными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстрой реакции. Пациентов следует также предупреждать о том, что употребление алкоголя или других лекарственных средств может усиливать указанные явления.

Взаимодействия

Ингибиторы МАО. Не следует назначать Анафранил в течение, по крайней мере, 2 недель после отмены ингибиторов МАО (существует риск развития таких тяжелых симптомов и состояний, как гипертонический криз, гиперпирексия, миоклонус, генерализованные судороги, делирий и кома). Такого же правила следует придерживаться в том случае, если ингибитор МАО назначается после предшествующего лечения Анафранилом. В любом из этих случаев первоначальные дозы Анафранила или ингибиторов МАО должны быть небольшими, их следует повышать постепенно, под постоянным контролем эффектов препарата. Существующий опыт показывает, что Анафранил может быть назначен не ранее, чем через 24 часа после отмены ингибиторов МАО-А обратимого действия, таких как моклобемид. Но, если подобный препарат назначается после отмены Анафранила, продолжительность перерыва должна составлять минимум 2 недели. Антиадренергические препараты, влияющие на нейрональную передачу возбуждения. Анафранил может снижать или полностью устранять антигипертензивное действие гуанетидина, бетанидина, резерпина, клонидина и альфаметилдопы. Поэтому в тех случаях, когда одновременно с приемом Анафранила требуется лечение артериальной гипертензии, следует применять лекарственные средства другого типа (например, диуретики, вазодилататоры или бета-адреноблокаторы). Симпатомиметические средства. Анафранил может усиливать действие на сердечно-сосудистую систему адреналина, норадреналина, изопреналина, эфедрина и фенилэфрина (в том числе и тогда, когда эти вещества входят в состав местных анестетиков). Средства, угнетающие ЦНС. Трициклические антидепрессанты могут усиливать действие алкоголя и других средств, обладающих угнетающим влиянием на ЦНС (например, барбитуратов, бензодиазепинов или средств для наркоза). Антихолинергические средства. Трициклические антидепрессанты могут усиливать антихолинергическое действие ряда средств (например, фенотиазинов, антипаркинсонических препаратов, атропина, биперидена, антигистаминных препаратов) на орган зрения, ЦНС, кишечник и мочевой пузырь. Хинидин. Трициклические антидепрессанты не следует назначать в комбинации с антиаритмическими средствами типа хинидина. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Совместное применение Анафранила с данными средствами может привести к

усилению действия на серотониновую систему. Кроме того, флуоксетин и флувоксамин могут повышать концентрацию кломипрамина в плазме крови, что сопровождается развитием соответствующих побочных реакций. Лекарственные средства, активирующие монооксидазную ферментную систему печени. Препараты, активирующие данную систему (например, барбитураты, карбамазепин, фенитоин, никотин и оральные контрацептивы), могут усиливать метаболизм кломипрамина и снижать концентрации его в плазме крови, что приводит к снижению его эффективности. Может отмечаться увеличение концентрации фенитоина или карбамазепина в плазме крови, что сопровождается соответствующими побочными реакциями. В случае применения указанных лекарственных комбинаций может потребоваться пересмотр доз препаратов. Нейролептики. Совместное применение этих средств может приводить к повышению уровня трициклических антидепрессантов в плазме крови, снижению порога судорожной готовности и развитию судорог. Комбинация с тиоридазином может приводить к возникновению тяжелых аритмий. Антикоагулянты. Трициклические антидепрессанты могут усиливать антикоагулянтное действие кумариновых производных вследствие ингибирования их метаболизма в печени. В таких случаях следует тщательно мониторировать величину протромбинового времени. Циметидин, метилфенидат, эстрогены. Эти лекарственные средства приводят к повышению концентрации трициклических антидепрессантов в плазме крови, поэтому при их применении рекомендуется понижать дозу антидепрессантов. Фармацевтическая несовместимость. Раствор для инъекций несовместим с раствором Вольтарена (диклофенак натрия) для инъекций.

Способ применения и дозы

Дозировку препарата и путь введения подбирают индивидуально, с учетом состояния пациента. Тактика лечения состоит в достижении оптимального эффекта на фоне применения как можно меньших доз препарата, а также в осторожном их увеличении, особенно у пациентов пожилого возраста и подростков, которые в целом более чувствительны к Анафранилу, чем пациенты промежуточных возрастных групп. Лекарственные формы для приема внутрь Депрессия, обсессивно-компульсивные синдромы и фобии Лечение начинают с назначения 1 таблетки, покрытой оболочкой, содержащей 25 мг кломипрамина, 2-3 раза в день, или 1 таблетки ретард, содержащей 75 мг кломипрамина, 1 раз в день (предпочтительнее вечером). Затем, в течение первой недели лечения дозу препарата постепенно повышают, например, на 25 мг через каждые несколько дней (в зависимости от переносимости), до достижения суточной дозы, составляющей 4-6 таблеток по 25 мг или 2 таблетки ретард по 75 мг. В тяжелых случаях суточная доза может быть повышена до максимальной, составляющей 250 мг. После того, как будет достигнуто четко выраженное улучшение, подбирают поддерживающую дозу препарата, составляющую 2-4 таблетки по 25 мг или 1 таблетку ретард по 75 мг. Паническое расстройство, агорафобия Лечение начинают с применения 1 таблетки, содержащей 10 мг кломипрамина, в день, возможно в комбинации с препаратом из группы бензодиазепинов. Затем, в зависимости от переносимости Анафранила, его дозу повышают до достижения желаемого эффекта; после этого постепенно отменяют препарат из группы бензодиазепинов. Требуемая в этих случаях суточная доза Анафранила в значительной степени варьирует от пациента к

пациенту и находится в диапазоне от 25 до 100 мг. При необходимости она может быть увеличена до 150 мг. Рекомендуются не прекращать лечение в течение, по крайней мере, 6 месяцев, медленно снижая в течение этого времени поддерживающую дозу препарата. Катаплексия, сопутствующая нарколепсии Суточная доза Анафранила составляет 25-75 мг. Хронические болевые синдромы Доза Анафранила должна подбираться индивидуально (10-150 мг в день), с учетом сопутствующего приема анальгетических средств (и с учетом возможности уменьшения их использования).

Пациенты пожилого возраста

Лечение начинают с назначения 1 таблетки по 10 мг в день. Затем постепенно, примерно в течение 10 дней, суточную дозу препарата повышают до оптимального уровня, который составляет 30-50 мг, и сохраняют ее на этом уровне до окончания лечения.

Ночной энурез

Начальная доза Анафранила у детей в возрасте 5-8 лет составляет 2-3 таблетки по 10 мг; у детей в возрасте 9-12 лет - 1-2 таблетки по 25 мг; у детей старшего возраста - 1-3 таблетки по 25 мг. Применение более высоких доз показано тем пациентам, у которых отсутствует клинический эффект после 1 недели лечения. Обычно вся суточная доза препарата назначается в один прием после ужина, но в тех случаях, когда непроизвольное мочеиспускание отмечается в ранние ночные часы, часть дозы Анафранила назначают раньше, в 16 часов. После достижения желаемого эффекта лечение следует продолжать в течение 1-3 месяцев, постепенно снижая дозу Анафранила. Опыта применения Анафранила у детей в возрасте младше 5 лет не имеется. Таблетки ретард следует проглатывать целиком, не разжевывая. Ампулы Внутримышечные инъекции Начинают лечение с введения 25-50 мг (содержимое 1-2 ампул), затем ежедневно повышают дозу на 25 мг (1 ампула) до достижения суточной дозы 100-150 мг (4-6 ампул). После того, как будет отмечено улучшение, число инъекций постепенно уменьшают, заменяя их поддерживающей терапией пероральными формами препарата.

Внутривенные инфузии

Лечение начинают с внутривенного капельного введения 50-75 мг (содержимое 2-3 ампул) 1 раз в день. Для приготовления инфузионного раствора используют 250-500 мл изотонического раствора хлорида натрия или раствора глюкозы; продолжительность инфузии 1.5-3 ч. В ходе инфузии необходимо тщательное наблюдение за пациентом для своевременного выявления возможных побочных реакций. Особое внимание необходимо уделять контролю артериального давления, так как может развиться ортостатическая гипотензия. Если удалось достичь отчетливого улучшения, лечение с помощью инфузий следует продолжать еще в течение 3-5 дней. Затем, для поддержания достигнутого эффекта переходят на прием препарата внутрь; 2 таблетки по 25 мг обычно эквивалентны 1 ампуле Анафранила, содержащей 25 мг. С целью постепенного перехода от инфузионной терапии к поддерживающему пероральному приему препарата можно также сначала перевести больного на внутримышечное введение. Детям парентеральное введение препарата не рекомендуется.

Побочные эффекты

Наблюдающиеся нежелательные явления обычно слабо выражены и транзиторны, проходят в ходе продолжения лечения или после снижения

дозы Анафранила. Они не всегда связаны с уровнем активного вещества препарата в плазме крови или с его дозой. Некоторые нежелательные явления, такие как общая слабость, нарушения сна, волнение, чувство тревоги, запор, сухость во рту, часто бывает трудно отличить от проявлений депрессии. В случае развития серьезных побочных реакций со стороны нервной системы или психического статуса Анафранил должен быть отменен. Лица пожилого возраста особенно чувствительны к изменениям со стороны нервной, сердечно-сосудистой системы, психической сферы, а также к антихолинергическим действиям Анафранила. Метаболизм и выведение лекарственных средств в этом возрасте могут замедляться, что приводит к повышению концентраций препаратов в плазме крови даже при использовании средних терапевтических доз. Частота возникновения побочных реакций оценивается следующим образом: возникающие "часто" - $>10\%$, "иногда" - $>1-10\%$, "редко" - $>0.001-1\%$, "в отдельных случаях" - $<0.001\%$. Со стороны психической сферы: часто - сонливость, общая слабость, беспокойство, повышение аппетита; иногда - растерянность, дезориентация, галлюцинации (особенно у пациентов пожилого возраста и у пациентов с болезнью Паркинсона), чувство тревоги, возбуждение, нарушения сна, маниакальное состояние, гипоманиакальное состояние, агрессивность, нарушения памяти, деперсонализация, усиление депрессии, нарушения концентрации внимания, бессонница, ночные кошмары, зевота; редко: активация симптомов психоза. Со стороны неврологической сферы: часто - головокружение, тремор, головная боль, миоклонус; иногда - делирий, нарушения речи, парестезии, мышечная слабость, повышение тонуса мышц; редко - судороги, атаксия; в отдельных случаях - изменения на электроэнцефалограмме, гиперпирексия. Антихолинергические эффекты: часто - сухость во рту, потливость, запоры, нарушения аккомодации, нечеткость зрения, нарушения мочеиспускания; иногда - приливы, мидриаз; в отдельных случаях - глаукома. Со стороны сердечно-сосудистой системы: иногда - синусовая тахикардия, сердцебиение, ортостатическая гипотензия, клинически незначимые изменения на ЭКГ (например, интервала ST или зубца T) у пациентов, не страдающих заболеваниями сердца; редко - аритмии, повышение артериального давления; в отдельных случаях - нарушения внутрисердечной проводимости (например, расширение комплекса QRS, изменения интервала PQ, блокада ножек пучка Гиса). Со стороны желудочно-кишечного тракта: часто - тошнота; иногда - рвота, дискомфорт в животе, диарея, анорексия. Со стороны печени: иногда - повышение уровня трансаминаз в крови; в отдельных случаях - гепатит с желтухой или без нее. Дерматологические реакции: иногда - аллергические кожные реакции (сыпь, крапивница), фотосенсибилизация, зуд; в отдельных случаях - отеки (местные или общие), выпадение волос, местные реакции на внутривенное введение (тромбофлебит, лимфангит, чувство жжения, аллергические кожные реакции). Со стороны эндокринной системы и обмена веществ: часто - повышение массы тела, нарушения либидо и потенции; иногда - галакторея, увеличение молочных желез; в отдельных случаях - синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона. Реакции гиперчувствительности: в отдельных случаях - аллергический альвеолит (пневмонит) с эозинофилией или без нее, системные анафилактические/анафлактоидные реакции, включая гипотензию. Со стороны системы кроветворения: в отдельных случаях - лейкопения,

агранулоцитоз, эозинофилия, тромбоцитопения, пурпура. Со стороны органов чувств: иногда - нарушения вкусовых ощущений, шум в ушах. Прочие. После внезапной отмены или быстрого снижения дозы Анафранила иногда возникают следующие симптомы: тошнота, рвота, боли в животе, диарея, бессонница, головная боль, раздражительность, чувство тревоги.

Передозировка

Сообщений о передозировке инъекционного раствора Анафранила не имеется. Симптомы и жалобы, развивающиеся при передозировке Анафранила, принятого внутрь, сходны с теми, которые описаны при передозировке других трициклических антидепрессантов. Главными осложнениями являются нарушения со стороны деятельности сердца и неврологические расстройства. У детей случайный прием препарата внутрь должен расцениваться как весьма серьезное и грозящее летальным исходом происшествие, вне зависимости от величины принятой дозы.

Жалобы и симптомы

Симптомы обычно появляются в пределах 4 часов после приема препарата и достигают максимальной выраженности по прошествии 24 часов. Вследствие замедленного всасывания (антихолинергическое действие препарата), продолжительного периода полувыведения и гепатоэнтеральной рециркуляции активного вещества, период времени, в течение которого пациент остается в "зоне риска", составляет 4-6 дней. Могут наблюдаться следующие жалобы и симптомы. Со стороны центральной нервной системы: сонливость, ступор, кома, атаксия, беспокойство, возбуждение, усиление рефлексов, ригидность мышц, хореоатетойдные движения, судороги. Со стороны сердечно-сосудистой системы: гипотензия, тахикардия, аритмии, нарушения внутрисердечной проводимости, шок, сердечная недостаточность; в очень редких случаях - остановка сердца. Кроме того, возможны угнетение дыхания, цианоз, рвота, лихорадка, мидриаз, потливость, олигурия или анурия.

Лечение

Специфического антидота не существует, лечение является, в основном, симптоматическим и поддерживающим. При подозрении на передозировку Анафранила, особенно у детей, пациента следует госпитализировать и внимательно наблюдать в течение как минимум 72 часов. Если пациент в сознании, следует как можно быстрее провести промывание желудка или вызвать рвоту. Если пациент без сознания, перед началом промывания желудка следует для профилактики аспирации следует провести интубацию трахеи при помощи трубки с манжетой; рвоту в этом случае не вызывают. Указанные мероприятия рекомендуется проводить в том случае, если с момента передозировки прошло 12 часов и даже более, так как антихолинергическое действие Анафранила может замедлять опорожнение желудка. Для замедления всасывания препарата полезно использование активированного угля. Лечение основывается на применении современных методов интенсивной терапии с постоянным мониторингом функций сердца, газового состава и электролитов крови, а также на применении при необходимости таких неотложных мер, как противосудорожная терапия, искусственная вентиляция легких и методы реанимации. С тех пор, как появились сообщения о том, что физостигмин может вызывать выраженную брадикардию, асистолию и судороги, применять этот препарат для лечения передозировки Анафранила не рекомендуется. Гемодиализ и перитониальный диализ не

эффективны, так как концентрации кломипрамина в плазме крови невелики.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг по 30 шт. в упаковке. Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг по 30 шт. в упаковке. Таблетки ретард 75 мг по 10 шт. в упаковке. Раствор для инъекций 2 мл в ампулах по 10 шт. в упаковке.

Условия хранения Таблетки, покрытые оболочкой: предохранять от воздействия влаги. Таблетки ретард: соблюдения особых условий хранения не требуется. Ампулы: предохранять от воздействия света. Препарат следует хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности 5 лет. Препарат не следует использовать после срока, отмеченного на упаковке.

Условия отпуска из аптек

Отпуск из аптек по рецепту врача.

Производство

НОВАРТИС ФАРМА АГ Базель, Швейцария

Анафранил Инструкция по применению препарата

Регистрационный номер:

П-8-242 № 011212

Химическое (рациональное) название: 3-хлоро-5-[3-(диметиламино)-пропил]10,11-дигидро-5Н-добенз-[b,f]азепин гидрохлорид

Международное (непатентованное) название (МНН): кломипрамин

Лекарственная форма: таблетки, покрытые сахарной оболочкой; таблетки ретард; раствор для инъекций.

Состав: 1 таблетка, покрытая сахарной оболочкой, содержит 10 мг или 25 мг кломипрамина гидрохлорида (активное вещество), а также неактивные ингредиенты: глицерин (85%, РН), лактоза, стеарат магния, кукурузный крахмал, стеариновая кислота, гидроксипропилцеллюлоза, сополимер винилпирролидон/винилацетата, целлюлоза микрокристаллическая, двуокись титана, желтая окись железа, макрогол 8000, поливидон, сахароза, тальк. Таблетки 10 мг содержат также желатин. Таблетки 25 мг содержат также аэрогель кремния. 1 таблетка ретард (делимая) содержит 75 мг кломипрамина гидрохлорида (активное вещество), а также неактивные ингредиенты: аэрогель кремния, фосфат кальция, стеарат кальция, сополимер эфиров полиакрил/метакрила, гидроксипропилцеллюлоза, глицерил полиэтиленгликоль оксистеарат, красная окись железа, двуокись титана, тальк. 2 мл раствора для инъекций (1 ампула) содержат 25 мг кломипрамина (активное вещество), а также неактивный ингредиент глицерол в воде для инъекций.

Фармакологические свойства

Анафранил является трициклическим антидепрессантом. Считается, что лечебное действие Анафранила осуществляется за счет его способности ингибировать обратный нейрональный захват норадреналина (НА) и серотонина (5-НТ), высвобождающихся в синаптическую щель, причем наиболее важным является подавление обратного захвата серотонина. Анафранилу, кроме того, присущ широкий спектр других фармакологических действий: альфа1-адренолитическое, антихолинергическое, антигистаминное и антисеротонинергическое (блокада 5-НТ-рецепторов). Анафранил воздействует на депрессивный синдром в целом, в том числе особенно на такие его типичные проявления,

как психомоторная заторможенность, угнетенное настроение и тревожность. Клинический эффект отмечается обычно через 2-3 недели лечения. Анафранил оказывает также специфическое воздействие при обсессивно-компульсивных расстройствах, которое отличается от его антидепрессивного эффекта. Действие Анафранила при хронических болевых синдромах, обусловленных или не обусловленных соматическими заболеваниями, связано с облегчением передачи нервного импульса, опосредуемой серотонином и норадреналином.

Фармакокинетика

Всасывание

Лекарственные формы для приема внутрь. Кломипрамин полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Системная биодоступность неизмененного кломипрамина составляет около 50%, что связано с выраженным метаболизмом при первом прохождении через печень, приводящим к образованию десметилкломипрамина. Прием пищи не оказывает существенного влияния на биодоступность кломипрамина. Возможно лишь некоторое замедление его всасывания и, следовательно, увеличение времени достижения максимальной концентрации в крови. С учетом количества абсорбируемого активного вещества таблетки, покрытые оболочкой, и таблетки ретард биоэквивалентны. После приема постоянной дозы препарата внутрь равновесные концентрации кломипрамина в плазме крови у отдельных пациентов в значительной степени варьируют. При ежедневном назначении препарата в дозе 75 мг/сут (в виде таблеток, покрытых оболочкой, по 25 мг 3 раза в день, или в виде таблеток ретард по 75 мг 1 раз в день) равновесная концентрация препарата в плазме устанавливается в диапазоне от 20 до 175 нг/мл. Значения равновесной концентрации активного метаболита десметилкломипрамина находятся в аналогичном диапазоне. Тем не менее, при назначении Анафранила по 75 мг в день, эти значения на 40-85% выше, чем концентрация кломипрамина. Раствор для инъекций. После внутримышечного введения кломипрамин всасывается полностью. При повторном внутримышечном или внутривенном ежедневном введении Анафранила в дозе 50-150 мг/сут равновесная концентрация достигается на 2-ой неделе лечения. Значения равновесной концентрации кломипрамина колеблются от менее 15 до 447 нг/мл, а активного метаболита десметилкломипрамина - от менее 15 до 669 нг/мл.

Распределение. Связывание кломипрамина с белками плазмы крови составляет 97.6%. Кажущийся объем распределения составляет около 12-17 л/кг массы тела. Концентрации кломипрамина в спинномозговой жидкости составляют около 2% от уровня его в плазме крови. Кломипрамин проникает в материнское молоко, где определяется в концентрациях, близких к концентрациям в плазме крови.

Метаболизм

Главный путь метаболизма кломипрамина - деметилирование с образованием десметилкломипрамина. Кроме того, кломипрамин и десметилкломипрамин подвергаются гидроксированию с образованием 8-гидрокси-кломипрамина и 8-гидроксидесметилкломипрамина, однако имеется мало сведений об их фармакологической активности *in vivo*. Процесс гидроксирования кломипрамина и десметилкломипрамина генетически детерминирован (аналогично метаболизму дебризохина). У лиц с низким метаболизмом дебризохина концентрация в плазме

десметилкломипрамина может достигать высоких значений, в то время как влияние на концентрации кломипрамина выражено в меньшей степени.

Выведение

Около 2/3 от однократной дозы кломипрамина выводится в виде водорастворимых конъюгатов с мочой и примерно 1/3 дозы - с калом. В неизмененном виде с мочой выводится около 2% от принятой дозы кломипрамина и около 0,5% десметилкломипрамина. После приема препарата внутрь период полувыведения из плазмы кломипрамина составляет в среднем 21 ч (диапазон колебаний от 12 до 36 ч), а десметилкломипрамина - в среднем 36 часов. После внутримышечного и внутривенного введения Анафранила конечный период полувыведения кломипрамина составляет в среднем 25 ч (диапазон колебаний от 20 до 40 ч) и 18 ч, соответственно. Фармакокинетика у отдельных групп пациентов У пациентов пожилого возраста, вне зависимости от используемой дозы Анафранила, вследствие снижения интенсивности метаболизма кломипрамина концентрации его в плазме выше, чем у пациентов более молодого возраста. Влияние нарушений функции печени и почек на фармакокинетику кломипрамина пока не изучено.

Показания к применению

Лечение депрессивных состояний различной этиологии, протекающих с различной симптоматикой: эндогенные, реактивные, невротические, органические, маскированные, инволюционные формы депрессии; депрессия у больных шизофренией и психопатиями; депрессивные синдромы, возникающие в старческом возрасте; обусловленные хроническим болевым синдромом или хроническими соматическими заболеваниями; депрессивные нарушения настроения реактивной, невротической или психопатической природы. Обсессивно-компульсивные синдромы. Хронический болевой синдром. Дополнительно для таблеток Фобии и панические расстройства (приступы). Катаплексия, сопутствующая нарколепсии. Ночной энурез (только у пациентов в возрасте старше 5 лет и при условии исключения органических причин заболевания). Дополнительно для раствора для инъекций Фобии.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к кломипрамину или любым другим ингредиентам препарата, перекрестная повышенная чувствительность к трициклическим антидепрессантам из группы дибензазепина. Одновременное назначение ингибиторов МАО, а также период менее 14 дней до и после их применения. Противопоказано также одновременное применение селективных ингибиторов МАО-А обратимого действия, таких как моклобемид. Недавно перенесенный инфаркт миокарда.

Меры предосторожности

Известно, что трициклические антидепрессанты снижают порог судорожной готовности, поэтому Анафранил должен применяться с особой осторожностью у пациентов с эпилепсией, а также при наличии других предрасполагающих к возникновению судорожного синдрома факторов, например, повреждениях головного мозга любой этиологии, одновременном использовании нейрорепрессивных средств, в период отказа от алкоголя или отмены препаратов, обладающих противосудорожными свойствами (например, бензодиазепинов). Считается, что возникновение судорог во время приема Анафранила зависит от величины дозы препарата. В связи с этим не следует превышать рекомендуемую суточную дозу Анафранила. С особой осторожностью следует назначать Анафранил

пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, прежде всего, с сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушениями внутрисердечной проводимости (например, атриовентрикулярной блокадой I-III степени) или аритмиями. У таких пациентов, так же как и у пациентов пожилого возраста, необходимо регулярно контролировать показатели функции сердечно-сосудистой системы и ЭКГ. Поскольку препарат обладает антихолинергическими свойствами, его следует использовать с особой осторожностью у пациентов, в анамнезе которых имеются сведения о повышенном внутриглазном давлении, закрытоугольной глаукоме или задержке мочи (например, вследствие заболеваний предстательной железы). Осторожность необходима при лечении трициклическими антидепрессантами пациентов с тяжелыми заболеваниями печени, а также у пациентов с опухолями мозгового слоя надпочечников (например, феохромоцитомой, нейробластомой), так как в этом случае данные препараты могут провоцировать развитие гипертонического криза. У многих пациентов с паническими приступами в начале лечения Анафранилом усиливается тревожность. Такое парадоксальное усиление тревожности наиболее выражено в первые дни терапии и обычно стихает в пределах двух недель. У больных шизофренией, получающих трициклические антидепрессанты, иногда отмечается активация психоза. Известно, что у пациентов с циклическими аффективными расстройствами, принимающих трициклические антидепрессанты, в период депрессивной фазы могут развиваться маниакальные или гипоманиакальные состояния. В таких случаях может возникнуть необходимость в снижении дозы Анафранила или в его отмене и назначении антипсихотического средства. После купирования указанных состояний, если имеются показания, лечение Анафранилом в низких дозах может быть возобновлено. При парентральном введении Анафранила сообщалось об отдельных случаях анафилактического шока. Поэтому, при внутривенном введении препарата необходима осторожность. Перед началом терапии Анафранилом рекомендуется измерить артериальное давление, поскольку у пациентов с ортостатической гипотензией или лабильностью сосудистой системы может отмечаться резкое снижение артериального давления. По причине возможных кардиотоксических эффектов требуется соблюдать осторожность при лечении больных гипертиреозом или пациентов, получающих препараты гормонов щитовидной железы. У пациентов с заболеваниями печени рекомендуется периодический контроль активности печеночных ферментов. Хотя об изменениях уровня лейкоцитов в период лечения Анафранилом сообщалось лишь в отдельных случаях, рекомендуется периодическое исследование состава периферической крови и внимание к таким симптомам, как лихорадка и боль в горле, особенно в первые месяцы терапии или в период длительного применения препарата. Анафранил, так же как и другие трициклические антидепрессанты, назначают в сочетании с электросудорожной терапией только при условии тщательного медицинского наблюдения. У предрасположенных пациентов и пациентов пожилого возраста трициклические антидепрессанты могут провоцировать развитие лекарственных психозов, преимущественно в ночное время. После отмены лекарственного препарата указанные расстройства проходят в течение нескольких дней. Выраженным депрессиям свойственен риск суицидальных действий, который может сохраняться вплоть до достижения существенной ремиссии. В связи с этим, в начале лечения может быть

показана комбинация Анафранила с препаратами из группы бензодиазепинов или нейролептическими средствами. Известны сообщения о том, что на фоне приема Анафранила отмечается меньшее число летальных исходов вследствие передозировки, чем на фоне приема других трициклических антидепрессантов. Необходима осторожность при использовании Анафранила у пациентов с хроническими запорами. Трициклические антидепрессанты могут вызывать паралитическую кишечную непроходимость, преимущественно у пациентов пожилого возраста или у пациентов, вынужденных соблюдать постельный режим. Перед проведением общей или местной анестезии следует предупреждать анестезиолога о том, что пациент принимает Анафранил. Сообщалось об учащении кариеса зубов при длительном лечении трициклическими антидепрессантами. Поэтому в случае длительной терапии Анафранилом рекомендуется регулярный осмотр пациента стоматологом. Вследствие антихолинергического действия, свойственного трициклическим антидепрессантам, возможно снижение слезоотделения и относительное увеличение количества слизи в составе слезной жидкости, что может привести к повреждению эпителия роговицы у пациентов, пользующихся контактными линзами. Следует избегать резкой отмены Анафранила, так как это может привести к побочным реакциям.

Применение в периоды беременности и лактации

Опыт применения Анафранила в период беременности ограничен. Поскольку известны отдельные сообщения о возможной связи между приемом трициклических антидепрессантов с нарушениями развития плода, следует избегать использования Анафранила в период беременности, за исключением тех случаев, когда ожидаемый эффект лечения матери несомненно превышает потенциальный риск для плода. В тех случаях, когда трициклические антидепрессанты применялись в период беременности вплоть до наступления родов, у новорожденных в течение первых нескольких часов или дней развивался синдром отмены, проявлявшийся одышкой, сонливостью, коликами, раздражительностью, гипотензией или гипертензией, тремором или спастическими явлениями. Во избежание развития данного синдрома, Анафранил должен быть, по возможности, постепенно отменен, по крайней мере, за 7 недель до ожидающихся родов. Так как активное вещество препарата проникает в грудное молоко, следует либо прекращать грудное вскармливание, либо постепенно отменить Анафранил. Влияние на способность водить автомашину и работать с механизмами Пациенты, принимающие Анафранил, должны быть предупреждены о том, что у них могут появиться нечеткость зрения, сонливость и другие нарушения со стороны ЦНС, и что в таких случаях им следует отказаться от вождения автомашины, работы с механизмами, а также от занятий иными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстрой реакции. Пациентов следует также предупреждать о том, что употребление алкоголя или других лекарственных средств может усиливать указанные явления.

Взаимодействия

Ингибиторы МАО. Не следует назначать Анафранил в течение, по крайней мере, 2 недель после отмены ингибиторов МАО (существует риск развития таких тяжелых симптомов и состояний, как гипертонический криз, гиперпирексия, миоклонус, генерализованные судороги, делирий и кома). Такого же правила следует придерживаться в том случае, если ингибитор МАО назначается после предшествующего лечения

Анафранилом. В любом из этих случаев первоначальные дозы Анафранила или ингибиторов МАО должны быть небольшими, их следует повышать постепенно, под постоянным контролем эффектов препарата. Существующий опыт показывает, что Анафранил может быть назначен не ранее, чем через 24 часа после отмены ингибиторов МАО-А обратимого действия, таких как моклобемид. Но, если подобный препарат назначается после отмены Анафранила, продолжительность перерыва должна составлять минимум 2 недели. Антиадренергические препараты, влияющие на нейрональную передачу возбуждения. Анафранил может снижать или полностью устранять антигипертензивное действие гуанетидина, бетанидина, резерпина, клонидина и альфаметилдопы. Поэтому в тех случаях, когда одновременно с приемом Анафранила требуется лечение артериальной гипертензии, следует применять лекарственные средства другого типа (например, диуретики, вазодилататоры или бета-адреноблокаторы). Симпатомиметические средства. Анафранил может усиливать действие на сердечно-сосудистую систему адреналина, норадреналина, изопреналина, эфедрина и фенилэфрина (в том числе и тогда, когда эти вещества входят в состав местных анестетиков). Средства, угнетающие ЦНС. Трициклические антидепрессанты могут усиливать действие алкоголя и других средств, обладающих угнетающим влиянием на ЦНС (например, барбитуратов, бензодиазепинов или средств для наркоза). Антихолинергические средства. Трициклические антидепрессанты могут усиливать антихолинергическое действие ряда средств (например, фенотиазин, антипаркинсонических препаратов, атропина, биперидена, антигистаминных препаратов) на орган зрения, ЦНС, кишечник и мочевой пузырь. Хинидин. Трициклические антидепрессанты не следует назначать в комбинации с антиаритмическими средствами типа хинидина. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Совместное применение Анафранила с данными средствами может привести к усилению действия на серотониновую систему. Кроме того, флуоксетин и флувоксамин могут повышать концентрацию кломипрамина в плазме крови, что сопровождается развитием соответствующих побочных реакций. Лекарственные средства, активирующие монооксидазную ферментную систему печени. Препараты, активирующие данную систему (например, барбитураты, карбамазепин, фенитоин, никотин и оральные контрацептивы), могут усиливать метаболизм кломипрамина и снижать концентрации его в плазме крови, что приводит к снижению его эффективности. Может отмечаться увеличение концентрации фенитоина или карбамазепина в плазме крови, что сопровождается соответствующими побочными реакциями. В случае применения указанных лекарственных комбинаций может потребоваться пересмотр доз препаратов. Нейролептики. Совместное применение этих средств может приводить к повышению уровня трициклических антидепрессантов в плазме крови, снижению порога судорожной готовности и развитию судорог. Комбинация с тиоридазином может приводить к возникновению тяжелых аритмий. Антикоагулянты. Трициклические антидепрессанты могут усиливать антикоагулянтное действие кумариновых производных вследствие ингибирования их метаболизма в печени. В таких случаях следует тщательно мониторировать величину протромбинового времени. Циметидин, метилфенидат, эстрогены. Эти лекарственные средства приводят к повышению концентрации трициклических антидепрессантов в

плазме крови, поэтому при их применении рекомендуется понижать дозу антидепрессантов. Фармацевтическая несовместимость. Раствор для инъекций несовместим с раствором Вольтарена (диклофенак натрия) для инъекций.

Способ применения и дозы

Дозировку препарата и путь введения подбирают индивидуально, с учетом состояния пациента. Тактика лечения состоит в достижении оптимального эффекта на фоне применения как можно меньших доз препарата, а также в осторожном их увеличении, особенно у пациентов пожилого возраста и подростков, которые в целом более чувствительны к Анафранилу, чем пациенты промежуточных возрастных групп. Лекарственные формы для приема внутрь Депрессия, обсессивно-компульсивные синдромы и фобии Лечение начинают с назначения 1 таблетки, покрытой оболочкой, содержащей 25 мг кломипрамина, 2-3 раза в день, или 1 таблетки ретард, содержащей 75 мг кломипрамина, 1 раз в день (предпочтительнее вечером). Затем, в течение первой недели лечения дозу препарата постепенно повышают, например, на 25 мг через каждые несколько дней (в зависимости от переносимости), до достижения суточной дозы, составляющей 4-6 таблеток по 25 мг или 2 таблетки ретард по 75 мг. В тяжелых случаях суточная доза может быть повышена до максимальной, составляющей 250 мг. После того, как будет достигнуто четко выраженное улучшение, подбирают поддерживающую дозу препарата, составляющую 2-4 таблетки по 25 мг или 1 таблетку ретард по 75 мг. Паническое расстройство, агорафобия Лечение начинают с применения 1 таблетки, содержащей 10 мг кломипрамина, в день, возможно в комбинации с препаратом из группы бензодиазепинов. Затем, в зависимости от переносимости Анафранила, его дозу повышают до достижения желаемого эффекта; после этого постепенно отменяют препарат из группы бензодиазепинов. Требуемая в этих случаях суточная доза Анафранила в значительной степени варьирует от пациента к пациенту и находится в диапазоне от 25 до 100 мг. При необходимости она может быть увеличена до 150 мг. Рекомендуется не прекращать лечение в течение, по крайней мере, 6 месяцев, медленно снижая в течение этого времени поддерживающую дозу препарата. Катаплексия, сопутствующая нарколепсии Суточная доза Анафранила составляет 25-75 мг. Хронические болевые синдромы Доза Анафранила должна подбираться индивидуально (10-150 мг в день), с учетом сопутствующего приема анальгетических средств (и с учетом возможности уменьшения их использования).

Пациенты пожилого возраста

Лечение начинают с назначения 1 таблетки по 10 мг в день. Затем постепенно, примерно в течение 10 дней, суточную дозу препарата повышают до оптимального уровня, который составляет 30-50 мг, и сохраняют ее на этом уровне до окончания лечения.

Ночной энурез

Начальная доза Анафранила у детей в возрасте 5-8 лет составляет 2-3 таблетки по 10 мг; у детей в возрасте 9-12 лет - 1-2 таблетки по 25 мг; у детей старшего возраста - 1-3 таблетки по 25 мг. Применение более высоких доз показано тем пациентам, у которых отсутствует клинический эффект после 1 недели лечения. Обычно вся суточная доза препарата назначается в один прием после ужина, но в тех случаях, когда непроизвольное мочеиспускание отмечается в ранние ночные часы, часть дозы Анафранила назначают раньше, в 16 часов. После достижения

желаемого эффекта лечение следует продолжать в течение 1-3 месяцев, постепенно снижая дозу Анафранила. Опыта применения Анафранила у детей в возрасте младше 5 лет не имеется. Таблетки ретард следует проглатывать целиком, не разжевывая. Ампулы Внутримышечные инъекции Начиная лечение с введения 25-50 мг (содержимое 1-2 ампул), затем ежедневно повышают дозу на 25 мг (1 ампула) до достижения суточной дозы 100-150 мг (4-6 ампул). После того, как будет отмечено улучшение, число инъекций постепенно уменьшают, заменяя их поддерживающей терапией пероральными формами препарата.

Внутривенные инфузии

Лечение начинают с внутривенного капельного введения 50-75 мг (содержимое 2-3 ампул) 1 раз в день. Для приготовления инфузионного раствора используют 250-500 мл изотонического раствора хлорида натрия или раствора глюкозы; продолжительность инфузии 1.5-3 ч. В ходе инфузии необходимо тщательное наблюдение за пациентом для своевременного выявления возможных побочных реакций. Особое внимание необходимо уделять контролю артериального давления, так как может развиваться ортостатическая гипотензия. Если удалось достичь отчетливого улучшения, лечение с помощью инфузий следует продолжать еще в течение 3-5 дней. Затем, для поддержания достигнутого эффекта переходят на прием препарата внутрь; 2 таблетки по 25 мг обычно эквивалентны 1 ампуле Анафранила, содержащей 25 мг. С целью постепенного перехода от инфузионной терапии к поддерживающему пероральному приему препарата можно также сначала перевести больного на внутримышечное введение. Детям парентеральное введение препарата не рекомендуется.

Побочные эффекты

Наблюдающиеся нежелательные явления обычно слабо выражены и транзиторны, проходят в ходе продолжения лечения или после снижения дозы Анафранила. Они не всегда связаны с уровнем активного вещества препарата в плазме крови или с его дозой. Некоторые нежелательные явления, такие как общая слабость, нарушения сна, волнение, чувство тревоги, запор, сухость во рту, часто бывает трудно отличить от проявлений депрессии. В случае развития серьезных побочных реакций со стороны нервной системы или психического статуса Анафранил должен быть отменен. Лица пожилого возраста особенно чувствительны к изменениям со стороны нервной, сердечно-сосудистой системы, психической сферы, а также к антихолинергическим действиям Анафранила. Метаболизм и выведение лекарственных средств в этом возрасте могут замедляться, что приводит к повышению концентраций препаратов в плазме крови даже при использовании средних терапевтических доз. Частота возникновения побочных реакций оценивается следующим образом: возникающие "часто" - 10%, "иногда" - 1-10%, "редко" - 0.001-1%, "в отдельных случаях" - <0.001%. Со стороны психической сферы: часто - сонливость, общая слабость, беспокойство, повышение аппетита; иногда - растерянность, дезориентация, галлюцинации (особенно у пациентов пожилого возраста и у пациентов с болезнью Паркинсона), чувство тревоги, возбуждение, нарушения сна, маниакальное состояние, гипоманиакальное состояние, агрессивность, нарушения памяти, деперсонализация, усиление депрессии, нарушения концентрации внимания, бессонница, ночные кошмары, зевота; редко: активация симптомов психоза. Со стороны неврологической сферы: часто -

головокружение, тремор, головная боль, миоклонус; иногда - делирий, нарушения речи, парестезии, мышечная слабость, повышение тонуса мышц; редко - судороги, атаксия; в отдельных случаях - изменения на электроэнцефалограмме, гиперпирексия. Антихолинергические эффекты: часто - сухость во рту, потливость, запоры, нарушения аккомодации, нечеткость зрения, нарушения мочеиспускания; иногда - приливы, мидриаз; в отдельных случаях - глаукома. Со стороны сердечно-сосудистой системы: иногда - синусовая тахикардия, сердцебиение, ортостатическая гипотензия, клинически незначимые изменения на ЭКГ (например, интервала ST или зубца T) у пациентов, не страдающих заболеваниями сердца; редко - аритмии, повышение артериального давления; в отдельных случаях - нарушения внутрисердечной проводимости (например, расширение комплекса QRS, изменения интервала PQ, блокада ножек пучка Гиса). Со стороны желудочно-кишечного тракта: часто - тошнота; иногда - рвота, дискомфорт в животе, диарея, анорексия. Со стороны печени: иногда - повышение уровня трансаминаз в крови; в отдельных случаях - гепатит с желтухой или без нее. Дерматологические реакции: иногда - аллергические кожные реакции (сыпь, крапивница), фотосенсибилизация, зуд; в отдельных случаях - отеки (местные или общие), выпадение волос, местные реакции на внутривенное введение (тромбофлебит, лимфангит, чувство жжения, аллергические кожные реакции). Со стороны эндокринной системы и обмена веществ: часто - повышение массы тела, нарушения либидо и потенции; иногда - галакторея, увеличение молочных желез; в отдельных случаях - синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона. Реакции гиперчувствительности: в отдельных случаях - аллергический альвеолит (пневмонит) с эозинофилией или без нее, системные анафилактические/анафлактоидные реакции, включая гипотензию. Со стороны системы кроветворения: в отдельных случаях - лейкопения, агранулоцитоз, эозинофилия, тромбоцитопения, пурпура. Со стороны органов чувств: иногда - нарушения вкусовых ощущений, шум в ушах. Прочие. После внезапной отмены или быстрого снижения дозы Анафранила иногда возникают следующие симптомы: тошнота, рвота, боли в животе, диарея, бессонница, головная боль, раздражительность, чувство тревоги.

Передозировка

Сообщений о передозировке инъекционного раствора Анафранила не имеется. Симптомы и жалобы, развивающиеся при передозировке Анафранила, принятого внутрь, сходны с теми, которые описаны при передозировке других трициклических антидепрессантов. Главными осложнениями являются нарушения со стороны деятельности сердца и неврологические расстройства. У детей случайный прием препарата внутрь должен расцениваться как весьма серьезное и грозящее летальным исходом происшествие, вне зависимости от величины принятой дозы.

Жалобы и симптомы. Симптомы обычно появляются в пределах 4 часов после приема препарата и достигают максимальной выраженности по прошествии 24 часов. Вследствие замедленного всасывания (антихолинергическое действие препарата), продолжительного периода полувыведения и гепатоэнтеральной рециркуляции активного вещества, период времени, в течение которого пациент остается в "зоне риска", составляет 4-6 дней. Могут наблюдаться следующие жалобы и симптомы. Со стороны центральной нервной системы: сонливость, ступор, кома,

атаксия, беспокойство, возбуждение, усиление рефлексов, ригидность мышц, хореоатетойдные движения, судороги. Со стороны сердечно-сосудистой системы: гипотензия, тахикардия, аритмии, нарушения внутрисердечной проводимости, шок, сердечная недостаточность; в очень редких случаях - остановка сердца. Кроме того, возможны угнетение дыхания, цианоз, рвота, лихорадка, мидриаз, потливость, олигурия или анурия.

Лечение

Специфического антидота не существует, лечение является, в основном, симптоматическим и поддерживающим. При подозрении на передозировку Анафранила, особенно у детей, пациента следует госпитализировать и внимательно наблюдать в течение как минимум 72 часов. Если пациент в сознании, следует как можно быстрее провести промывание желудка или вызвать рвоту. Если пациент без сознания, перед началом промывания желудка следует для профилактики аспирации следует провести интубацию трахеи при помощи трубки с манжетой; рвоту в этом случае не вызывают. Указанные мероприятия рекомендуется проводить в том случае, если с момента передозировки прошло 12 часов и даже более, так как антихолинергическое действие Анафранила может замедлять опорожнение желудка. Для замедления всасывания препарата полезно использование активированного угля. Лечение основывается на применении современных методов интенсивной терапии с постоянным мониторингом функций сердца, газового состава и электролитов крови, а также на применении при необходимости таких неотложных мер, как противосудорожная терапия, искусственная вентиляция легких и методы реанимации. С тех пор, как появились сообщения о том, что физостигмин может вызывать выраженную брадикардию, асистолию и судороги, применять этот препарат для лечения передозировки Анафранила не рекомендуется. Гемодиализ и перитониальный диализ не эффективны, так как концентрации кломипрамина в плазме крови невелики.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг по 30 шт. в упаковке. Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг по 30 шт. в упаковке. Таблетки ретард 75 мг по 10 шт. в упаковке. Раствор для инъекций 2 мл в ампулах по 10 шт. в упаковке.

Условия хранения

Таблетки, покрытые оболочкой: предохранять от воздействия влаги. Таблетки ретард: соблюдения особых условий хранения не требуется. Ампулы: предохранять от воздействия света. Препарат следует хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности 5 лет. Препарат не следует использовать после срока, отмеченного на упаковке.

Условия отпуска из аптек Отпуск из аптек по рецепту врача.

Производство НОВАРТИС ФАРМА АГ Базель, Швейцария

Амитриптилин никомед

Amitriptylinum hydrochloricum Трициклический антидепрессант ФОРМА ВЫПУСКА Таблетки, покрытые оболочкой, содержат 10 или 25 мг амитриптилина гидрохлорида и лактозу.

ФАРМАКОКИНЕТИКА

Препарат легко и полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. При первичном пассаже в печени амитриптилин (приблизительно 50%) превращается в нортриптилин, который также обладает антидепрессивным эффектом. После адсорбции основная часть распределяется в тканях. Действующее вещество метаболизируется в тканях и метаболиты выделяются с мочой и калом. Период полусуществования в плазме крови для амитриптилина составляет 17-46 часов, для его метаболитов - 18-90 часов.

ПОКАЗАНИЯ Эндогенные депрессии и другие депрессивные состояния, ночное недержание мочи.

ПРЕДЛАГАЕМАЯ ДОЗИРОВКА Взрослым. В начале терапии 25 мг 2 раза в день. Доза повышается на 25 мг каждый день или каждый второй день и доводится до 150-200 мг, разделенных на 2 дозы (1 меньшая доза в течение дня и большая доза вечером). Лечение проводится до достижения клинического улучшения. Пожилым людям: приблизительно половина дозы взрослого. При ночном недержании мочи у детей: детям старше 12 лет: 50 мг перед сном; детям в возрасте 7-12 лет: 25 мг перед сном.

БЕРЕМЕННОСТЬ По возможности не применять во время беременности.

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ Препарат выделяется с грудным молоком. Побочные эффекты, наблюдаемые у грудного ребенка: сердечные аритмии, сонливость, анорексия. У новорожденных отмечается медленная экскреция препарата. В связи с указанным выше, во время терапии амитриптилином кормление грудью не рекомендуется.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ Лечение ингибиторами моноаминоксидазы в течение 14 дней до начала лечения амитриптилином. Сердечная недостаточность. Глаукома.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ Антихолинергические эффекты: задержка мочи и непроходимость кишечника; наиболее часто встречаются у пожилых людей. Сухость во рту, что приводит к увеличению частоты кариеса и заболеваний слизистой ротовой полости у многих пациентов (этот побочный эффект сопутствует терапии, но исчезает после прекращения лечения). Циркуляторные побочные эффекты: нарушения проводимости в сердце, которые могут проявляться в виде интравентрикулярной и атриовентрикулярной блокады. (Перед началом лечения необходимо проверить ЭКГ). Нарушения проводимости, имеющиеся у пациентов, могут ухудшаться в течение лечения. Имеется корреляция между концентрацией циклических антидепрессантов в плазме и описанными тяжелыми кардиотоксическими побочными эффектами. Необходима особая осторожность при лечении пожилых людей и пациентов с сердечными заболеваниями, особенно атеросклеротического характера. Ортостатическое падение артериального давления может наблюдаться приблизительно у 20% пациентов (у половины больных старше 60 лет). Этот побочный эффект может наблюдаться даже при субтерапевтических концентрациях антидепрессантов. Наиболее высок риск при лечении третичными аминами - имипрамином, амитриптилином и кломипрамином. Среди побочных эффектов со стороны психики следует отметить развитие маниакального состояния и спутанность сознания.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ингибиторы моноаминоксидазы в комбинации с циклическими антидепрессантами могут вызывать опасные побочные эффекты, особенно, если лечение начинается ингибиторами МАО и затем продолжается

циклическими антидепрессантами. Не рекомендуется вводить пациентам во время лечения циклическими антидепрессантами адреналин и норадреналин с местными анестетиками, поскольку они провоцируют гипертензивные реакции. При одновременном введении циклических антидепрессантов с изопреналином и физостигмином повышается риск кардиоваскулярных побочных эффектов. Нарушается антигипертензивный эффект клонидина, гуанетидина и метилдопа. Барбитураты (особенно фенобарбитал), антиэпилептические препараты (например, карбамазепин) снижают концентрацию циклических антидепрессантов в плазме. Антигистаминные препараты увеличивают антихолинергическое действие циклических антидепрессантов. Флуоксетин и, возможно, другие специфические ингибиторы серотониноксидазы, нейролептики и циметидин в терапевтических дозах вызывают повышение концентрации циклических антидепрессантов в плазме за счет конкурентного ингибирования биотрансформации в печени. Циклические антидепрессанты повышают концентрацию амфетамина в плазме и тем самым усиливают его действие. Леводопа повышает риск гипертензии и кардиотоксичность. Одновременное применение трициклических антидепрессантов и баклофена может снижать мышечный тонус. Фотосенсибилизирующий эффект метоксалена усиливается циклическими антидепрессантами. Дополнительное проведение электрошоковой терапии не требует изменений в медикаментозном лечении.

УПАКОВКА Таблетки по 10 мг и 25 мг, по 50 табл. в стеклянном флаконе

Имипрамин, imipramine; трициклический антидепрессант

Показания

Депрессия, ночное недержание мочи у детей, хроническая боль, нейрогенная боль.

Дозы

Дети, внутрь 6—12 лет Ночное недержание мочи: начальная доза 10—25 мг на ночь в течение 1 нед; при неэффективности дозу повышают на 25 мг/сут; максимальная разовая доза 2,5 мг/кг/сут или 50 мг/сут. Боль при онкологических заболеваниях: начальная доза 200—400 мкг/кг на ночь; при необходимости дозу повышают в 1,5 раза каждые 2—3 сут, максимальная доза 1—3 мг/кг/сут. > 12 лет: начальная доза 25—50 мг/сут; при необходимости дозу постепенно повышают; максимальная доза 100 мг/сут в 1—2 приема.

Взрослые

Внутрь: начальная доза 75—100 мг в 1—4 приема, при необходимости дозу постепенно повышают, максимальная доза 300 мг/сут. В/м: до 100 мг/сут в несколько приемов; при первой возможности переходят на прием внутрь.

Торговые названия, формы выпуска, производители

Импрамин: таблетки 25 мг; инъекционный раствор 25 мг в ампулах 2 мл. «САН Фармасьютикал Индастриз» Мелипрамин: драже 25 мг; инъекционный раствор 25 мг в ампулах 2 мл. «Эгис»

Флюанксол (Fluanxol ®) в каплях для внутреннего применения 100 мг/мл Регистрационный номер 009784 от 16.10.97г.

ФЛЮАНКСОЛ (флупентиксол) 2-(4-(3-(2-трифлуорометил-тиоксантенилиден(9))-пропил)пиперазинил-(1))этанол-(1) Описание

Прозрачная, желтоватая жидкость. Капли для приема внутрь. Содержат флюпентиксола дигидрохлорид в количестве, соответствующем 100 мг/мл флупентиксола. В 1 капле содержится 4 мг флупентиксола.

Фармакологические свойства

ФЛЮАНКСОЛ является нейролептиком, производным тиоксантена. Фармакодинамика. Антипсихотическое действие нейролептиков обычно связывают с блокадой дофаминовых рецепторов, что, по-видимому, вызывает цепную реакцию, в которую вовлекаются и другие медиаторные системы. ФЛЮАНКСОЛ обладает выраженным антипсихотическим, активирующим и анксиолитическим действием. Антипсихотическое действие ФЛЮАНКСОЛА начинает проявляться уже при назначении суточной дозы 3 мг и его выраженность возрастает с увеличением дозы. Во всем интервале рекомендуемых доз ФЛЮАНКСОЛ оказывает выраженное анксиолитическое действие. Препарат обладает растормаживающими (антиаутистическим и активирующим) свойствами, способствует активизации больных с отгороженностью, безынициативностью, повышает коммуникабельность и облегчает социальную адаптацию. В малых и средних дозах (до 25 мг в день) ФЛЮАНКСОЛ не оказывает седативное действие, однако, неспецифический седативный эффект может развиваться при назначении больших доз препарата. Фармакокинетика. Биодоступность флюпентиксола при пероральном приеме составляет около 40%. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 3-6 часов. Флюпентиксол незначительно проникает через плацентарный барьер и в небольших количествах выделяется с грудным молоком. Метаболиты не имеют нейролептической активности; выделяются, в основном, с калом и, частично, с мочой. Биологический период полувыведения составляет примерно 35 часов.

Показания к применению

В средних дозах (4 - 40 мг). Психотические состояния с преобладанием галлюцинаторной симптоматики, параноидного бреда и нарушений мышления, сопровождающиеся также апатией, анергией и аутизмом. В высоких дозах (40 - 150 мг). Острые и хронические психозы, в том числе шизофрения, резистентные к терапии, алкогольный абстинентный синдром.

Противопоказания Острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами; коматозные состояния. Не рекомендуется назначать пациентам с возбуждением или гиперактивностью недостаточно высокие дозы препарата - активирующее действие ФЛЮАНКСОЛА может привести к обострению этой симптоматики. Повышенная чувствительность к нейролептикам тиоксантеновой структуры, злокачественный нейролептический синдром, центральная гипертермия в анамнезе. Нарушение функции печени и почек, токсический агранулоцитоз в анамнезе, паркинсонизм, острые лихорадочные состояния. Меры предосторожности. ФЛЮАНКСОЛ должен назначаться с осторожностью пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если ранее пациент лечился нейролептиками или транквилизаторами с седативным действием, то их прием следует прекращать постепенно. При длительной терапии, особенно с использованием больших доз ФЛЮАНКСОЛА, необходимо проводить тщательный контроль и периодическую оценку состояния пациентов. Хотя, в части случаев, ФЛЮАНКСОЛ не вызывает седативный эффект, тем не менее возможно его влияние на способность управления автомобилем и

другими механизмами. Поэтому в начале лечения необходимо проявить осторожность до тех пор, пока не будет определена реакция пациента на лечение. ФЛЮАНКСОЛ не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы Средние дозы (4 - 40 мг). Первоначальная суточная доза составляет 4-16 мг/день (1- 4 капли/день), которая может быть разделена на 2-3 приема. При необходимости дозу можно увеличить до 40 мг/день (10 капель /день). Обычная поддерживающая терапия - 4 - 20 мг в день может назначаться как однократная утренняя доза. Высокие дозы (40 - 150 мг). Суточная доза зависит от тяжести заболевания, степени его резистентности к терапии, возраста и веса больного. Частота назначения наиболее высока в начале терапии, обычно 4 раза в день, затем она обычно уменьшается до 1 - 3 раз. Капли удобно принимать, смешивая их с водой, апельсиновым или яблочным соком.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами Химически несовместимых комбинаций не установлено. ФЛЮАНКСОЛ в высоких дозах может усилить действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. ФЛЮАНКСОЛ не следует назначать вместе с гуанетидином или аналогично действующими препаратами, т.к. нейролептики могут блокировать гипотензивное действие этих средств. ФЛЮАНКСОЛ может снижать эффект леводопа и адренергических лекарственных средств, а комбинация с метоклопрамидом и пиперазином увеличивает риск развития экстрапирамидных нарушений.

Побочное действие

Со стороны нервной системы. Могут возникать экстрапирамидные нарушения особенно на начальном этапе лечения. В большинстве они корректируются снижением дозировок и/или назначением антипаркинсонических препаратов. Однако регулярное профилактическое применение последних не рекомендуется. В редких случаях при длительной терапии у пациентов может развиваться поздняя дискинезия. Антипаркинсонические препараты не устраняют ее симптомы. Рекомендуется уменьшение дозировки или, если возможно, прекращение терапии. Со стороны психической деятельности. Транзиторная бессонница, особенно когда пациент до перехода на терапию ФЛЮАНКСОЛОМ принимал седативные нейролептики или транквилизаторы. Большие дозы препарата у некоторых пациентов могут вызывать седативный эффект. Со стороны печени. Могут иметь место незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом Симптомы. Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома.

Лечение.

Симптоматическое и поддерживающее. Как можно быстрее должно быть произведено промывание желудка, рекомендуется применение сорбента. Должны быть приняты меры, направленные на поддержание деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Не следует использовать адреналин, т.к. это может привести к последующему понижению артериального давления. Судороги можно купировать диазепамом, а экстрапирамидные симптомы бипериденом и другими антихолинергическими препаратами центрального действия. Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением при использовании нейролептиков.

Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы (лабильное артериальное давление, тахикардия, повышенное потоотделение). Кроме немедленного прекращения приема нейролептиков крайне необходимо использование общих поддерживающих мер и симптоматического лечения.

Форма выпуска Прозрачная, желтоватая жидкость. Капли для приема внутрь. Содержат флупентиксола дигидрохлорид в количестве, соответствующем 100 мг/мл флупентиксола. В 1 капле содержится 4 мг флупентиксола.

Упаковка Флаконы по 10 мл с капельницей, упакованные в картонную коробку.

Условия хранения Список Б. ФЛЮАНКСОЛ, капли для приема внутрь должны храниться при температуре не выше 25°C. На каждой упаковке указана дата истечения срока годности. Хранить в недоступных для детей местах.

Условия отпуска из аптек Только по рецепту врача.

ЛИТИЯ КАРБОНАТ (Lithii carbonas).

Синонимы: Квилониум, Контемнол, Литосан, Camcolit, Carbolith, Carbopax, Contemnol, Eskalith, Licarb, Lithane, Lithicarb, Lithium carbonicum, Lithizine, Lithobid, Lithomyl, Lithonate, Liticar, Lito, Neurolepsin, Plenur, Priadel, Teralithe и др.

Белый легкий щелочной порошок. Трудно растворим в воде, нерастворим в спирте.

Механизм психотропного действия препаратов лития подвергается интенсивному исследованию. Установлено, что ионы лития влияют на транспорт ионов натрия в нервных и мышечных клетках, вследствие чего литий выступает как антагонист ионов натрия. Под влиянием лития увеличивается внутриклеточное дезаминирование норадреналина и уменьшается количество свободного норадреналина, действующего на адренорецепторы в тканях мозга, усиливается серотонинергическая активность. Ионы лития повышают чувствительность нейроионов гиппокампа и других областей мозга к действию дофамина. Таким образом, литий активно влияет на протекающие в мозге нейрохимические процессы, что может лежать в основе его терапевтической активности при психических заболеваниях. По данным последнего времени, в механизме действия лития важную роль играет его взаимодействие с липидами, образующимися при метаболизме инозита. В терапевтических концентрациях литий блокирует активность инозил-1-фосфатазы и снижает уровень нейронального инозита, играющего роль в регуляции чувствительности нейронов. Окончательно механизм лечебного действия солей лития не установлен.

Наиболее распространенным препаратом лития является лития карбонат.

Соли лития быстро всасываются после приема внутрь: диссоциируют в организме. Ионы лития обнаруживаются в разных органах и тканях через 2- 4 ч после однократного приема препарата. Выделяется литий из организма преимущественно через почки, причем экскреция коррелирует с концентрацией лития в плазме крови, а также с уровнем натрия и калия в крови. При недостаточном введении натрия хлорида в организм происходит реабсорбция лития в почечных канальцах. При повышенном

введении в организм натрия хлорида экскреция лития повышается. В процессе лечения препаратами лития необходимо поэтому контролировать водно-солевой баланс. Литий проникает через плаценту, выделяется с молоком у кормящих женщин.

Основными показаниями к применению препаратов лития являются маниакальные и гипоманиакальные состояния различного генеза (особенно при частых приступах), профилактика и лечение аффективных психозов (маниакально-депрессивного, шизоаффективного, органического аффективного психозов). Имеются данные об эффективности лития не только при эндогенных психозах, но и у больных с органическими психозами, эпилепсией, у психопатов с фазными аффективными колебаниями. Применяются также препараты лития для профилактики и лечения аффективных нарушений у больных хроническим алкоголизмом.

Назначают внутрь после еды (для уменьшения раздражающего действия на слизистую оболочку желудка). Дозы должны устанавливаться индивидуально и контролироваться по содержанию лития в сыворотке крови. Определение производят методом пламенной фотометрии. Концентрация лития в плазме крови должна быть не ниже 0,6 и не выше 1,2- 1,6 ммоль/л. При меньших концентрациях эффект обычно не наступает, при более высоких концентрациях возможны токсические явления. При отсутствии возможности лабораторного исследования дозы регулируют с учетом терапевтического эффекта и переносимости, однако при этом возрастает опасность побочных явлений. Обычно применяют лития карбонат в лечебных целях, начиная с 0,6-0,9 г в день. При хорошей переносимости дозу на следующий день увеличивают до 1,2 г, затем ежедневно прибавляют по 0,3 г до суточной дозы 1,5-2,1 г, иногда до 2,4 г, следя, однако, за тем, чтобы концентрация лития в крови не превышала 1,6 ммоль/л. Если концентрацию лития в крови не определяют, то назначать препарат в дозе свыше 2,1 г в сутки не следует. В дозах, превышающих 2 г в сутки, не рекомендуется назначать препарат более 1 - 2 нед. Назначают препарат равными дозами в течение дня в 3-4 приема. После исчезновения маниакальной симптоматики суточную дозу постепенно понижают до 1,2-0,9-0,6 г. Если после уменьшения дозы вновь появляются признаки мании, дозу увеличивают. Через 7-10 дней после повторного достижения полного терапевтического эффекта опять постепенно понижают дозу, затем препарат отменяют или продолжают назначать в профилактических дозах. Для профилактического курса препарат назначают, начиная с 0,3-0,6 г в сутки, затем дозы повышают до 0,9- 1,2 г в сутки, следя за тем, чтобы концентрация в крови была 0,6-0,8 ммоль/л, но не выше 1,2 ммоль/л. Если концентрация лития в крови превышает 1,2 ммоль/л, следует снизить суточную дозу. Карбонат лития можно при необходимости назначать одновременно с нейролептиками и антидепрессантами.

Побочные явления чаще наблюдаются в начале лечения до установления стабильной концентрации препарата в крови и выражаются в треморе пальцев, чувстве усталости, атаксии, сонливости, повышенной жажде, диспепсических явлениях, диарее, нарушениях ритма сердца и др.

Побочные явления обычно отмечаются, если уровень лития в сыворотке превышает 1,6 ммоль/л, однако при повышенной индивидуальной чувствительности они могут наблюдаться и при меньших концентрациях. В начале лечения концентрацию лития в крови следует определять не менее одного раза в неделю, в последующем - с большими перерывами (один раз в 2 нед - 1 мес). Появление повышенной жажды и

тренера пальцев рук следует рассматривать как ранние признаки передозировки препарата, что требует перерыва в лечении (на 1-2 дня) с дальнейшим применением препарата в уменьшенной суточной дозе.

Следует учитывать, что при нарушениях функции почек выведение лития может замедляться, а концентрация в крови - повышаться.

Во время лечения карбонатом лития возможны временное увеличение массы тела и формирование зоба.

При побочных явлениях рекомендуется назначение натрия гидрокарбоната, эуфиллина, диакарба, мочевины. В случае развития зоба назначают гормоны щитовидной железы.

Препарат противопоказан при нарушении выделительной функции почек, при сердечнососудистых заболеваниях с явлениями декомпенсации и нарушениями проводимости, при беременности. Относительным противопоказанием является дисфункция щитовидной железы. Не следует назначать карбонат лития больным, находящимся на бессолевой диете, из-за опасности усиленной реабсорбции препарата почками. Нельзя назначать препарат больным лейкозами (так как литий стимулирует гранулопоэз, усиливает пролиферацию костного мозга).

ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки по 0,3 г, покрытые оболочкой желтого цвета, в упаковке по 100 штук.

ХРАНЕНИЕ: в сухом месте.

ИМОВАН (IMOVANE) ® ПРОИЗВОДИТЕЛЬ Рон Пуленк Рорер

Инструкция

СОСТАВ ФОРМА ВЫПУСКА

Таблетки по 5 или 20 штук в упаковке. 1 таблетка содержит 7,5 мг зопиклона.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

ИМОВАН является первым представителем нового класса психотропных средств, циклопирролонов, структурно отличных от бензодиазепинов и барбитуратов. Седативно-снотворное действие ИМОВАНА обусловлено высокой степенью сродства к местам связывания на рецепторном комплексе ГАМК. в центральной нервной системе. ИМОВАН быстро вызывает сон, не уменьшая доли быстрого сна в его структуре и затем поддерживает сон с сохранением нормального фазового состава. ИМОВАН характеризуется коротким временем полувыведения из организма, обычно 5,5-6 часов. Неоднократный прием ИМОВАНА не сопровождается кумуляцией препарата или его метаболитов. Отсутствие разбитости или сонливости наутро выгодно отличают ИМОВАН от препаратов бензодиазепинового и барбитуратового ряда.

ПОКАЗАНИЯ

ИМОВАН показан для лечения нарушений сна, в том числе затрудненного засыпания, ночных пробуждений и раннего пробуждения, преходящей, ситуационной и хронической бессонницы, а также вторичных нарушений сна при психических расстройствах в ситуациях, когда они существенно ухудшают состояние больных. Длительное применение ИМОВАНА, как и других снотворных, не рекомендуется, курс лечения не должен превышать 4 недели.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Аллергия к ИМОВАНУ, декомпенсированная дыхательная недостаточность. Не рекомендуется применение детьми до 15 лет.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

Наиболее частым побочным явлением лечения ИМОВАНОМ является ощущение умеренно горького или металлического вкуса во рту, реже встречаются желудочно-кишечные нарушения (тошнота, рвота) и психические нарушения (раздражительность, спутанность сознания, подавленное настроение). Аллергические проявления (крапивница, сыпь) наблюдались очень редко. При пробуждении может отмечаться сонливость, реже головокружение и нарушение координации. Хотя такие эффекты редки и слабо выражены, пациентам на следующий день следует с осторожностью водить автомобиль и работать с механизмами.

ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ

Следует избегать употребления ИМОВАНА при беременности и кормлении грудью. Резкое прекращение применения ИМОВАНА не вызывает эффектов отмены. Как и при применении всех снотворных, следует остерегаться приема алкоголя и других тормозящих центральную нервную систему лекарств. Зопиклон снижает концентрацию тримипрамина, что необходимо иметь в виду при их одновременном назначении. Серьезных или стойких нежелательных эффектов при нескольких случаях передозировки не отмечалось.

ПРИМЕНЕНИЕ И ДОЗИРОВКА

Рекомендуемая доза ИМОВАНА - 1 таблетка (7,5 мг зопиклона) внутрь незадолго до отхода ко сну. Доза может быть увеличена до 2 таблеток у больных, страдающих тяжелой или стойкой бессонницей. Лечение лиц пожилого возраста следует начинать с более низкой дозы - 3,75 мг. В зависимости от эффективности и переносимости доза в дальнейшем может быть увеличена. Нарушения функции почек не требуют снижения дозы ИМОВАНА. У больных с выраженной печеночной недостаточностью рекомендуемая доза ИМОВАНА составляет 3,75 мг.

ТОФИЗОПАМ (Tofizopam).

1-(3,4-Диметокси-фенил)-4-метил-5-этил-7,8-диметокси-5Н-2,3-бензодиазепин.

Синонимы: Грандаксин, Grandaxin.

Белый с желтоватым оттенком кристаллический порошок. Практически нерастворим в воде, трудно растворим в спирте.

Препарат получен в результате "модификации" молекулы диазепама (см. Сибазон). Подобно диазепаму и другим веществам бензодиазепинового ряда обладает транквилизирующей активностью, но отличается рядом свойств: не вызывает сонливости, не оказывает миорелаксирующего и противосудорожного действия.

Применяют при неврозах и неврозоподобных состояниях, сопровождающихся напряжением, вегетативными расстройствами, умеренно выраженным страхом, а также при состояниях, характеризующихся апатией, пониженной активностью. Показан также при синдроме алкогольной абстиненции.

Назначают внутрь по 0,05-0,1 г (50-100 мг) 1-3 раза в день.

При лечении грандаксином возможно развитие повышенной возбудимости, что требует отмены препарата или уменьшения дозы. Возможны диспепсические явления, аллергические реакции (кожный зуд, Сыпь), что также требует отмены препарата. Не следует назначать препарат женщинам в первые 3 мес беременности. Необходимо соблюдать осторожность при назначении препарата лицам, работа которых требует быстрой психической и двигательной реакции.

ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки по 0,05 г (50 мг) в упаковке по 20 штук.

Сибазон Выраженный транквилизирующий эффект при лечении невротических, неврозоподобных и психопатоподобных состояний у взрослых и детей Успокаивающее действие, снятие эмоционального напряжения, уменьшение тревоги, страха и беспокойства Синонимы: Диазепам, Валиум, Реланиум, Седуксен и др..

Активное вещество: диазепам Фармакологические свойства.

Транквилизатор бензодиазепинового ряда. Оказывает успокаивающее действие, снимает эмоциональное напряжение, уменьшает тревогу, страх, беспокойство. Потенцирует эффекты снотворных и нейролептических препаратов, алкоголя. Обладает выраженными противосудорожными свойствами, а также способен понижать мышечный тонус. Сибазон и его основные метаболиты выводятся, главным образом, с мочой.

Показания.

Назначается при различных нервно-психических заболеваниях, а также при неврозоподобных и психопатоподобных состояниях при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, при соматических болезнях, сопровождающихся признаками эмоционального напряжения, тревоги, страха, повышенной раздражительностью, нарушениями сна. В детской психоневрологической практике рекомендуется применять при невротических и неврозоподобных состояниях, сопровождающихся указанными выше симптомами, а также головными болями, энурезом, расстройствами настроения и поведения. Применяется при эпилепсии для лечения судорожных пароксизмов, для купирования эпилептического статуса. Рекомендуется назначение препарата в комплексе с другими для лечения синдрома абстиненции при алкоголизме, при предоперационной подготовке больных и в послеоперационном периоде.

Способ применения и дозы.

Разовая доза для взрослых 0,005 - 0,015 г, при выраженном возбуждении, страхе, тревоге ее можно увеличить до 0,02г. Суточная доза 0,015 - 0,045г, (макс. 0,06г). Следует соблюдать принцип постепенного повышения дозы до получения лечебного эффекта и постепенного снижения ее при отмене препарата. Для детей доза сибазона и продолжительность курса лечения подбираются индивидуально в зависимости от возраста и характера заболевания. У детей старшей возрастной группы при необходимости суточную дозу можно увеличить до 0,014 - 0,016 г. Суточная доза препарата делится на 2-3 приёма. Сибазон можно комбинировать с антидепрессантами и нейролептиками. Длительность непрерывного курса лечения не должна превышать 2-х месяцев. Перед повторным курсом лечения следует соблюдать перерыв в назначении препарата не менее 3-х недель. Анестезиология, хирургия: премедикация - накануне операции, вечером 10-20 мг внутрь; акушерство и гинекология: психосоматические расстройства, климактерические и менструальные расстройства, токсикоз беременности - по 2-5мг внутрь 2-3 раза\сут.

Противопоказания.

Тяжелая форма печеночной и почечной патологии, миастения, беременность.

Особые указания.

В процессе лечения сибазоном больным категорически запрещается употребление алкоголя. Нельзя применять препарат во время работы водителям транспорта и другим лицам, профессия которых требует быстрой психической и двигательной реакции. Не следует применять препарат в 1 триместре беременности, за исключением случаев крайней необходимости.

Побочное действие.

Мышечная слабость, вялость, сухость во рту, головокружение. Условия хранения.

В защищенном от света месте.

Список А.

Срок годности 2 года.

Форма выпуска.

Субстанция, таблетки по 0,005 г, N20 и 0,001 г, N20 /детская форма/

Другие препараты:

Препараты компании Лундбек

- Оригинальные антидепрессанты

Ципрамил (Циталопрам)

Флюанксол* (Флупентиксол)

Саротен (Амитриптилин)

- Оригинальные нейролептики

Клопиксол (Зуклопентиксол)

Флюанксол (Флупентиксол)

Труксал (Хлорпротиксен)

** Флюанксол обладает антидепрессивным действием в дозе до 3 мг/сутки*

Ципрамил (циталопрам)



Фармакологические свойства

Ципрамил является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина

Фармакодинамика

Ципраamil не имеет или имеет очень слабую способность связываться с целым рядом рецепторов, включая гистаминовые, мускариновые и адренорецепторы. Этим в значительной степени объясняется отсутствие у Ципрамила кардиотоксичности и побочного действия в виде ортостатической гипотонии, седативного эффекта, сухости во рту. Ципраamil лишь в очень малой степени ингибирует цитохром P45011D6, и следовательно, не взаимодействует с лекарственными средствами, метаболизирующимися этим ферментом.

Фармакокинетика

Биодоступность Ципрамила при приеме внутрь составляет около 80%. Максимальная концентрация в плазме достигается через 2-4 часа после приема. Связывание с белками - ниже 80%. Неизмененный Ципраamil является основным соединением в плазме крови; его кинетика линейна. Постоянная концентрация в плазме устанавливается через 1-2 недели лечения. Период полувыведения препарата составляет 1,5 суток.

Показания к применению

Применяется у взрослых при депрессиях различной этиологии и структуры.

Противопоказания

Ципраamil противопоказан при повышенной чувствительности к препарату.

Препарат не следует применять в сочетании с ингибиторами моноаминооксидазы (МАО), а также в течение 14 дней после прекращения их приема. Лечение ингибиторами МАО может быть начато не ранее, чем через 7 дней после прекращения приема Ципрамила.

Меры предосторожности. Не следует назначать Ципраamil беременным и кормящим грудью женщинам, если потенциальная клиническая польза не преобладает над теоретическим риском. Ципраamil не снижает интеллектуальные способности и скорость психомоторных реакций, однако, у лиц, деятельность которых связана с механизмами или управлением движущимися средствами, его надо применять с осторожностью.

Способ применения и дозы

Ципраamil назначают один раз в сутки, в любое время, вне зависимости от приема пищи.

Терапию начинают с приема 20 мг препарата в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента и тяжести депрессии доза может быть увеличена до максимальной - 60 мг в сутки. У больных пожилого возраста рекомендуемая суточная доза составляет 20 мг. В зависимости от индивидуальной реакции пациента и тяжести депрессии доза может быть увеличена до максимальной - 40 мг в сутки.

При печеночной недостаточности прием препарата следует ограничить минимальными рекомендуемыми дозами. При малой и умеренно выраженной почечной недостаточности корректировка доз не требуется.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Химически несовместимых комбинаций не установлено. Одновременное применение Ципрамила и ингибиторов МАО может вызвать гипертонический криз (серотониновый синдром).

Ципраamil может усиливать эффекты суматриптана и других серотонинергических препаратов. Не выявлено взаимодействия Ципрамила с литием и алкоголем. Не установлено клинически значимого

фармакокинетического взаимодействия с фенотиазинами и трициклическими антидепрессантами. В клинических исследованиях не выявлено фармакодинамического взаимодействия Ципрамила и бензодиазепинов, нейролептиков, анальгетиков, антигистаминовых, антигипертензивных средств, бета-блокаторов и других кардиотропных препаратов.

Побочное действие

Нежелательные эффекты Ципрамила имеют транзиторный характер и выражены слабо. Они наблюдаются в течение первых одной-двух недель лечения и обычно существенно ослабевают по мере улучшения состояния больных. Возможно появление сухости во рту, тошноты, сонливости, повышенного потоотделения и тремора. Ципрамил может быть причиной незначительного снижения частоты сердечных сокращений, что обычно не имеет клинического значения. Однако у пациентов с изначально низкой частотой сердечных сокращений это может привести к брадикардии. В исключительных случаях при применении больших доз препарата возможно развитие судорожных припадков.

Передозировка препаратом

Симптомы. Могут возникать следующие симптомы и признаки: сонливость, кома, нарушения артикуляции, эпизоды больших судорожных припадков (grand mal), синусовая тахикардия, иногда узловой ритм, повышенное потоотделение, тошнота, рвота, цианоз, гипервентиляция.

Лечение. Специфический антидот отсутствует. Лечение симптоматическое и поддерживающее.

Форма выпуска

Каждая, покрытая оболочкой таблетка содержит циталопрама гидробромид в количестве, соответствующем 20 или 40 мг циталопрама.

Упаковки: 20 мг по 14 или 28 шт.

Упаковки: 40 мг по 28шт.

Условия хранения

Список Б.

Таблетки Ципрамила должны храниться при температуре не выше 25°C.

Хранить в недоступных для детей местах.

Условия отпуска из аптек

Только по рецепту врача.

Ципрамил: преимущества в терапии

- Наиболее селективный ингибитор обратного захвата серотонина.
- Не взаимодействует с другими медиаторными системами, вызывает минимум побочных эффектов.
- Одинаково высокоэффективен при депрессиях любой этиологии, тяжести и структуры.
- В равной степени действует на весь спектр депрессивных состояний: тревожных, апато-адинамических, тоскливо-меланхолических и др.
- Имеет минимум интеракций (межлекарственных взаимодействий) с другими препаратами, в том числе при лечении коморбидной депрессии у соматических больных.
- Совместим с анальгетиками, антигистаминными, антигипертензивными препаратами в том числе бета-адреноблокаторами и др. кардиотропными средствами.

- Не вызывает лекарственной зависимости.
- Обладает хорошей переносимостью и безопасностью применения даже у пожилых людей.
- Значительно снижает частоту повторных депрессий при длительном приеме.

Ципрамил: удобен в применении

- Прием 1 раз в день в любое время суток
- Вне зависимости от приема пищи
- 20 мг в день — начальная и поддерживающая доза
- 89% пациентов в мире принимают Ципрамил в дозе 20 мг в день
- Не взаимодействует с алкоголем

Флюанксол

(флупентиксол). Таблетки по 0.5 и 1 мг



Фармакологические свойства

Флюанксол является нейролептиком, производным тиоксантена.

Фармакодинамика

Обладает выраженным антипсихотическим, активирующим, анксиолитическим, а также антидепрессивным действием. Антипсихотическое действие Флюанксолола начинает проявляться уже при назначении суточной дозы 3 мг и его выраженность возрастает с увеличением дозы. Флюанксол оказывает выраженное анксиолитическое действие. Препарат обладает растормаживающими (антиаутистическим и активирующим) свойствами. При приеме малых доз Флюанксолола (до 3 мг) у ряда больных проявляются антидепрессивные свойства препарата.

Фармакокинетика

Биодоступность флупентиксолола при пероральном приеме составляет около 40%. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 3-6 часов. Биологический период полувыведения составляет примерно 35 часов.

Показания к применению

В дозе до 3 мг. Депрессии легкой и средней степени тяжести, сочетающиеся с тревогой, астенией и отсутствием инициативы. Хронические невротические расстройства с тревогой, депрессией и апатией. Психосоматические нарушения с астеническими проявлениями.

Острые и ситуационно обусловленные тревожные расстройства и состояния эмоционального напряжения, при которых не требуется седативный/гипнотический эффект, особенно, при подозрении, что пациент подвержен риску злоупотребления транквилизаторами.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами; коматозные состояния. Повышенная чувствительность к нейролептикам тиоксантеновой структуры, злокачественный нейролептический синдром, центральная гипертермия в анамнезе. Не рекомендуется назначать пациентам с возбуждением или гиперактивностью малые дозы препарата - активирующее действие Флюанксол может привести к обострению этой симптоматики.

Меры предосторожности. Флюанксол должен назначаться с осторожностью пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если ранее пациент лечился нейролептиками или транквилизаторами с седативным действием, то их прием следует прекращать постепенно. Хотя, в большинстве случаев, флюанксол не вызывает седативный эффект, тем не менее возможно его влияние на способность управления автомобилем и другими механизмами. Поэтому в начале лечения необходимо проявить осторожность до тех пор, пока не будет определена реакция пациента на лечение. Флюанксол не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

В дозе до 3 мг (в пограничной психиатрии). Исходно 1 мг ежедневно как однократная утренняя доза или 0,5 мг дважды в день. Спустя неделю при недостаточном терапевтическом эффекте доза может быть увеличена до 2 мг в день. Ежедневную дозу более 2 мг и до 3 мг следует разделить на несколько приемов. Реакция пациентов на Флюанксол обычно наступает в течение 2-3 дней. Если эффекта от максимальной дозы (3 мг в день) не наблюдается в течение недели, то препарат следует отменить.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Химически несовместимых комбинаций не установлено. Флупентиксол в высоких дозах может усилить действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. Его не следует назначать вместе с гуанетидином или аналогично действующими препаратами, т.к. нейролептики могут блокировать гипотензивное действие этих средств, флюанксол может снижать эффект леводопы и адренергических лекарственных средств.

Побочное действие

Могут возникать экстрапирамидные нарушения особенно на начальном этапе лечения. В большинстве они корригируются снижением дозировок и/или назначением антипаркинсонических препаратов. В редких случаях при длительной терапии у пациентов может развиваться поздняя дискинезия. Транзиторная бессонница. Могут иметь место незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы. Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома.

Лечение. Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы (лабильное артериальное давление, тахикардия, повышенное потоотделение). Кроме немедленного прекращения приема нейролептиков крайне необходимо использование общих поддерживающих мер и симптоматического лечения.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые оболочкой. Каждая таблетка содержит флупентиксола дигидрохлорид в количестве, соответствующем 0,5 и 1 мг флупентиксола.

Упаковка: таблетки 0,5 и 1 мг по 50 шт. в пластиковом контейнере.

Условия хранения

Список Б.

Таблетки Флюанксола должны храниться при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступных для детей местах.

Условия отпуска из аптек

Только по рецепту врача.

Саротен

(амитриптилин)

Саротен Ретард

(амитриптилин продленного действия)



Фармакологические свойства

Саротен (Саротен Ретард) является трициклическим антидепрессантом с седативным эффектом. Саротен Ретард, кроме того, обладает продленным действием.

Фармакодинамика.

В одинаковой мере ингибирует обратный захват норадреналина и серотонина. Обладает холинолитической и антигистаминной активностью. Оказывает мощное антидепрессивное, седативное, анксиолитическое и анальгезирующее действие.

Фармакокинетика.

Биодоступность амитриптилина при пероральном приеме составляет около 60%. Связывание с белками плазмы - около 95%. Максимальных значений концентрация амитриптилина в сыворотке крови достигает через 4 часа для Саротена и 4 -10 часов для Саротена Ретард, после чего, в последнем случае она более длительно остается относительно стабильной. При равных дозировках максимальные значения концентрации препарата в плазме ниже при приеме Саротена Ретард, с чем связывают его меньшее кардиотоксическое побочное действие.

Показания к применению

Депрессии, особенно с тревогой, ажитацией и нарушениями сна. Показан при лечении: эндогенных депрессий моно- и биполярного типа, инволюционных, маскированных и климактерических депрессий. Может использоваться при дисфориях и алкогольных депрессиях, реактивных депрессиях и депрессивном неврозе. При лечении шизофренических депрессий используется в комбинации с нейролептиками.

Хронические болевые расстройства.

Ночной энурез (только Саротен).

Противопоказания

Недавно перенесенный инфаркт миокарда, нарушение внутрисердечной проводимости, острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами, закрытоугольная глаукома, применение совместно с ингибиторами МАО и в течение 2 недель после их отмены, гиперчувствительность к амитриптилину.

Способ применения и дозы для Саротена

Лечение депрессий.

Взрослые: начинать лечение Саротеном следует с 75 мг/сут (3 раза в день по 25 мг). При необходимости доза может увеличиваться в сутки на 25 мг до 150 мг/сут (реже до 225 мг/сут у госпитализированных больных).

Пожилые: начинать лечение Саротеном следует с 30 мг в сутки (3 раза в день по 10 мг). При необходимости доза может постепенно ежедневно увеличиваться до 100 - 150 мг/сут.

Дети: лечение Саротеном детей должно проводиться только в условиях психиатрического стационара. Начальная суточная доза определяется с учетом веса ребенка, из расчета 1,5 мг/кг/сут. Суточная доза может постепенно повышаться на 1,5 мг/кг/сут в неделю, до максимальной - 5 мг/кг/сут.

Хронические болевые расстройства.

Взрослые: начинать лечение следует с назначения 25 мг на ночь. При необходимости доза может быть увеличена до 100 мг на ночь.

Пожилые: начинать лечение следует с назначения 10 мг на ночь. При необходимости доза может быть увеличена до 50 мг на ночь.

Ночной энурез.

Дети 7-12 лет: 25 мг за I /2 - I час до сна. Дети старше 12 лет: 50 мг за I /2 - I час до сна.

Способ применения и дозы для Саротена Ретард

При приеме Саротена Ретард капсулы рекомендуется запивать водой. Капсулы, однако, могут быть открыты и их содержимое (гранулы) может быть принято внутрь с водой. Гранулы при этом нельзя разжевывать.

Лечение депрессий. Назначается один раз в день за 3-4 часа до сна в дозах, соответствующих 2/3 дозировки Саротена в таблетках.

Взрослые: начинать лечение Саротеном Ретард следует с одной капсулы 50 мг вечером. При необходимости через 1 -2 недели суточная доза может быть увеличена до 2-3 капсул вечером (100-150 мг). После достижения выраженного улучшения суточная доза может быть уменьшена до минимальной эффективной, обычно до 1 -2 капсул (50 - 100 мг/сут).

Пожилые: начинать лечение Саротеном следует с таблеток -30 мг в сутки (3 раза в день по 10 мг). Через несколько дней можно переходить на прием капсул Саротена Ретард. Суточная доза составляет 1 -2 капсулы (50 - 100 мг), принимаемые в вечернее время.

Хронические болевые расстройства.

Взрослые: суточная доза составляет 1 -2 капсулы (50 - 100 мг), принимаемые в вечернее время. Начинать лечение можно с приема Саротена в таблетках по 25 мг однократно вечером.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Амитриптилин может усиливать действие алкоголя, барбитуратов и других веществ, угнетающих ЦНС. Совместное применение с ингибиторами МАО может привести к гипертоническому кризу.

Передозировка препаратом

Симптомы. Угнетение или возбуждение ЦНС. Выраженные проявления антихолинергического (тахикардия, сухость слизистых оболочек, задержка мочеиспускания) и кардиотоксического (аритмии, гипотензия, сердечная недостаточность) действия. Судорожные расстройства. Гипертермия.

Лечение. Является симптоматическим.

Форма выпуска Саротена

Каждая покрытая пленочной оболочкой таблетка содержит амитриптилина гидрохлорид в количестве, соответствующем 10 и 25 мг амитриптилина.

Упаковка: 10 мг и 25 мг по 50 шт.

Форма выпуска Саротена Ретард

Каждая желатиновая капсула содержит амитриптилина гидрохлорид в количестве, соответствующем 50 мг амитриптилина.

Упаковка: 50 мг по 30 шт.

Клопиксол Акуфаз

(зуклопентиксола ацетат)



Фармакологические свойства

Клопиксол Акуфаз является нейролептиком, производным тиоксантена, с длительностью действия одной инъекции 2-3 дня.

Фармакодинамика

Клопиксол Акуфаз обладает выраженным антипсихотическим и специфическим тормозящим действием. Клопиксол Акуфаз может оказывать преходящий, зависимый от дозы седативный эффект, который проявляется через 2 часа, достигает максимума примерно через 8 часов, после чего значительно уменьшается и остается слабым при повторных инъекциях. Быстрое развитие седативного эффекта в начале терапии (до наступления антипсихотического действия) является преимуществом при лечении острых и подострых психозов.

Фармакокинетика

После инъекции зуклопентиксола ацетат подвергается ферментативному расщеплению на активный компонент зуклопентиксол и уксусную кислоту. Максимальная концентрация зуклопентиксола в сыворотке крови достигается через 24-48 часов (в среднем через 36 часов) после инъекции. Затем концентрация медленно уменьшается, достигая 1/3 от максимальной через 3 дня после инъекции. Зуклопентиксол незначительно проникает через плацентарный барьер и в небольших количествах выделяется с грудным молоком.

Показания к применению

Начальное лечение острых психозов, включая маниакальные состояния и хронических психозов в фазе обострения. Клопиксол Акуфаз особенно эффективен при лечении психотических больных с ажитацией, беспокойством, враждебностью или агрессией.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами и опиатами; коматозные состояния.

Меры предосторожности. Клопиксол Акуфаз должен с осторожностью назначаться пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Возможно влияние Клопиксола Акуфаз на способность управления автомобилем и другими механизмами.

Клопиксол Акуфаз не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

Клопиксол Акуфаз назначается в виде внутримышечной инъекции в верхний наружный квадрант ягодичной области. Местная переносимость хорошая. Рекомендуемый объем внутримышечной инъекции 1-3 мл (50-150 мг). При необходимости повторные инъекции проводятся с интервалом в 2-3 дня. Некоторым пациентам дополнительная инъекция может быть назначена спустя 24-48 часов после первой инъекции. Общее число инъекций, как правило, не превышает 3. Поддерживающую терапию следует продолжать Клопиксолом перорально или Клопиксолом Депо внутримышечно, руководствуясь следующим: при переходе на лечение Клопиксолом перорально: спустя 2-3 дня после заключительной инъекции Клопиксола Акуфаз (100 мг) пациенту следует назначить Клопиксол перорально 40 мг/сут, при возможности в несколько приемов. При переходе на лечение Клопиксолом Депо: одновременно с заключительной инъекцией Клопиксола Акуфаз (100 мг) следует ввести 200-400 мг (1-2 мл) Клопиксола Депо. Клопиксол Акуфаз и Клопиксол Депо могут смешиваться в одном шприце и назначаться как одна совмещенная инъекция (т.н. "ко-инъекция").

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Клопиксол Акуфаз может усилить седативное действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. Клопиксол Акуфаз не следует назначать вместе с гуанетидином и аналогично действующими средствами. Клопиксол Акуфаз может снижать эффективность леводопа и других адренергических средств, а комбинация с метоклопрамидом и пиперазином увеличивает риск развития экстрапирамидных симптомов.

Побочное действие

Возможно развитие экстрапирамидных симптомов, особенно на начальном этапе лечения. В большинстве случаев они корригируются снижением дозировок и/или назначением корректоров. Возможны сухость во рту и нарушения аккомодации. Нарушения мочеиспускания встречаются редко. Возможны ортостатическое головокружение и тахикардия. Ортостатическая гипотензия возникает редко. Также редко отмечаются незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы: Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома.

Лечение: Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением с летальным исходом при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы. Кроме немедленного прекращения приема нейролептика необходимо использование поддерживающей и симптоматической терапии.

Форма выпуска

Маслянистая жидкость для в/м инъекций. Клопиксол Акуфаз 50 мг/мл.

Упаковка: стеклянные ампулы по 1 и 2 мл в картонной упаковке. Клопиксол Акуфаз 50 мг/мл, 1 мл в ампуле, по 5 амп. в упаковке. Клопиксол Акуфаз 50 мг/мл, 2 мл в ампуле (100 мг), по 5 амп. в упаковке.

Условия хранения

Список Б.

Клопиксол Акуфаз должен храниться при температуре не выше 25°C, в защищенном от света месте. Хранить в недосягаемых для детей местах.

Условия отпуска из аптек

По рецепту врача.

Клопиксол Депо

(зуклопентиксола деканоат)



Фармакологические свойства

Клопиксол Депо является нейролептиком, производным тиоксантена с длительностью действия одной инъекции 2-4 недели.

Фармакодинамика

Клопиксол Депо обладает выраженным антипсихотическим и специфическим тормозящим действием. Неспецифический седативный эффект ослабевает после нескольких недель лечения. Клопиксол Депо предотвращает развитие рецидивов, связанных с произвольным прерыванием пациентами приема пероральных лекарственных средств.

Фармакокинетика

После введения зуклопентиксол деканоат подвергается ферментативному расщеплению на активный компонент зуклопентиксол и декановую кислоту. Максимальная концентрация зуклопентиксола в сыворотке крови достигается к концу первой недели после инъекции. Кривая концентрации экспоненциально снижается с периодом полувыведения, равным 19 дням, что отражает скорость освобождения из депо.

Показания к применению

Острая и хроническая шизофрения и иные психотические расстройства, особенно с галлюцинациями, параноидным бредом и нарушениями мышления, а также состояния ажитации, повышенного беспокойства, враждебности или агрессивности.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами и опиатами; коматозные состояния.

Меры предосторожности. Клопиксол Депо должен с осторожностью назначаться пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Возможно влияние Клопиксола Депо на способность управления автомобилем и другими механизмами. Не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

Клопиксол Депо вводится внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодичной области. Местная переносимость хорошая.

Клопиксол Депо 200 мг/мл: при поддерживающем лечении диапазон дозировок обычно составляет 200-400 мг (1-2 мл) каждые 2-4 недели.
Клопиксол Депо 500 мг/мл: 250-750 мг (0,5-1,5 мл) каждые 1-4 недели.

При переходе от лечения таблетированным Клопиксолом или Клопиксолом Акуфаз на поддерживающее лечение Клопиксолом Депо следует руководствоваться следующей схемой: Переход от таблетированного Клопиксола на Клопиксол Депо внутримышечно: суточная доза Клопиксола в таблетках (мг) $\times 8$ = Клопиксол Депо (мг) внутримышечно 1 раз в 2 недели. Пациентам следует продолжать принимать Клопиксол пер-орально во время первой недели после первой инъекции, но в уменьшенной дозе.

Переход от Клопиксола Акуфаз внутримышечно на Клопиксол Депо внутримышечно: одновременно с последней инъекцией Клопиксола Акуфаз следует назначить внутримышечно 200-400 мг (1-2 мл) Клопиксола Депо. Клопиксол Акуфаз и Клопиксол Депо могут смешиваться в одном шприце и назначаться как одна совмещенная инъекция (т.н. "ко-инъекция"). Повторные инъекции Клопиксола Депо проводят 1 раз в 2 недели. При необходимости могут быть использованы более высокие дозы или более короткие интервалы между инъекциями.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Клопиксол Депо может усилить седативное действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. Клопиксол Депо не следует назначать вместе с гуанетидином и аналогично действующими средствами, т.к. нейролептики могут блокировать их гипотензивное действие. Клопиксол Депо может снижать эффективность леводопа и других адренергических средств.

Побочное действие

На начальном этапе лечения возможно развитие экстрапирамидных симптомов. При длительной терапии в редких случаях у некоторых пациентов может возникнуть поздняя дискинезия. Сонливость на начальной стадии. Сухость во рту, нарушение аккомодации, задержка мочи, запор, тахикардия, ортостатическая гипотензия и головокружение. Редко отмечаются незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы: Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома.

Лечение: Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением с летальным исходом при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы. Кроме немедленного прекращения приема нейролептика необходимо использовать общие поддерживающие меры и симптоматическое лечение.

Форма выпуска

Маслянистая жидкость для в/м инъекций. Клопиксол Депо 200 и 500 мг/мл.

Упаковка: стеклянные ампулы по 1 мл в картонной упаковке.

Клопиксол Депо 200 мг/мл, 1 мл в ампуле, по 1 или 10 амп. в упаковке.

Клопиксол Депо 500 мг/мл, 1 мл в ампуле, по 5 амп. в упаковке.

Условия хранения

Список Б.

Клопиксол Депо должен храниться при температуре не выше 25°C, в защищенном от света месте. Хранить в недосягаемых для детей местах.

Условия отпуска из аптек

По рецепту врача.

Клопиксол

(зуклопентиксол). Таблетки по 2, 10, 25 мг



Фармакологические свойства

Клопиксол является нейролептиком, производным тиоксантена.

Фармакодинамика

Клопиксол обладает выраженным антипсихотическим и специфическим тормозящим действием. Клопиксол может оказывать преходящий, зависимый от дозы седативный эффект. Специфическое тормозящее действие Клопиксола особенно благоприятно при лечении пациентов с ажитацией, беспокойством, враждебностью или агрессивностью. Быстрое развитие седативного эффекта в начале терапии (до наступления антипсихотического действия) является преимуществом при лечении острых и подострых психозов. Толерантность к неспецифическому седативному эффекту препарата наступает быстро.

Фармакокинетика

Биодоступность зуклопентиксола при пероральном приеме составляет около 44%. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 4 часа. Зуклопентиксол незначительно проникает через плацентарный барьер и в небольших количествах выделяется с грудным молоком. Биологический период полувыведения составляет примерно 20 часов.

Показания к применению

Острая и хроническая шизофрения и иные психотические расстройства, особенно с галлюцинациями, параноидным бредом и нарушениями мышления, а также состояния ажитации, повышенного беспокойства, враждебности или агрессивности. Маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза. Умственная отсталость, сочетающаяся с психомоторным возбуждением, ажитацией и другими

расстройствами поведения. Сенильное слабоумие, с параноидными идеями, спутанностью сознания, дезориентацией, нарушением поведения.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами и опиатами; коматозные состояния.

Меры предосторожности. Возможно влияние Клопиксола на способность управления автомобилем и другими механизмами. С особой осторожностью Клопиксол должен назначаться пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Клопиксол не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

Острый приступ шизофрении, другие острые психотические расстройства: выраженная житация и мания. Обычно 10-50 мг/сут. При выраженных расстройствах начальная доза в 20 мг/сут может увеличиваться на 10-20 мг через 2-3 дня до 75 мг/сут или более.

Хронические психотические состояния при шизофрении и другие хронические психозы. Поддерживающая доза 20-40 мг/сут.

Житация у пациентов с олигофренией. Обычно 6-20 мг/сут. При необходимости доза может увеличиваться до 25-40 мг/сут.

Житация и спутанность сознания у пациентов с сенильными расстройствами. Обычно 2-6 мг/сут (предпочтительно давать в вечернее время), при необходимости можно увеличить до 10-20 мг/сут.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Химически несовместимых комбинаций не установлено. Клопиксол может усилить седативное действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов ЦНС. Клопиксол не следует назначать вместе с гуанетидином и аналогично действующими средствами, т.к. он может блокировать их гипотензивное действие. Клопиксол может снижать эффективность леводопа и других адренергических средств, а комбинация с метоклопрамидом и пиперазином увеличивает риск развития экстрапирамидных симптомов.

Побочное действие

Возможно развитие экстрапирамидных симптомов, особенно на начальном этапе лечения. В большинстве случаев они корригируются снижением дозировок и/или назначением корректоров. В редких случаях при длительной терапии у пациентов может развиваться поздняя дискинезия. Сонливость на начальной стадии. Сухость во рту, нарушение аккомодации, задержка мочи, запор, тахикардия, ортостатическая гипотензия и головокружение. Редко - незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы. Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома.

Лечение. Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением с летальным исходом при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы (лабильное артериальное давление, тахикардия, повышенное потоотделение). Кроме немедленного

прекращения приема нейролептика необходимо использование поддерживающей и симптоматической терапии.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые оболочкой. Каждая таблетка содержит зуклопентиксола дигидрохлорид в количестве, соответствующем 2, 10 и 25 мг зуклопентиксола.

Упаковка: таблетки 2 ,10 и 25 мг по 50 и 100 таблеток в пластиковом контейнере.

Условия хранения

Таблетки Клопиксола должны храниться при температуре не выше 25°C, в недоступных для детей местах.

Условия отпуска из аптек

По рецепту врача.

Флюанксол

(флупентиксол). Таблетки по 0.5 и 1 мг



Фармакологические свойства

Флюанксол является нейролептиком, производным тиоксантена.

Фармакодинамика

Обладает выраженным антипсихотическим, активирующим, анксиолитическим, а также антидепрессивным действием. Антипсихотическое действие Флюанксолола начинает проявляться уже при назначении суточной дозы 3 мг и его выраженность возрастает с увеличением дозы. Флюанксол оказывает выраженное анксиолитическое действие. Препарат обладает растормаживающими (антиаутистическим и активирующим) свойствами. При приеме малых доз Флюанксолола (до 3 мг) у ряда больных проявляются антидепрессивные свойства препарата.

Фармакокинетика

Биодоступность флупентиксола при пероральном приеме составляет около 40%. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 3-6 часов. Биологический период полувыведения составляет примерно 35 часов.

Показания к применению

В дозе до 3 мг. Депрессии легкой и средней степени тяжести, сочетающиеся с тревогой, астенией и отсутствием инициативы. Хронические невротические расстройства с тревогой, депрессией и апатией. Психосоматические нарушения с астеническими проявлениями.

Острые и ситуационно обусловленные тревожные расстройства и состояния эмоционального напряжения, при которых не требуется седативный/гипнотический эффект, особенно, при подозрении, что пациент подвержен риску злоупотребления транквилизаторами.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами; коматозные состояния. Повышенная чувствительность к нейролептикам тиоксантеновой структуры, злокачественный нейролептический синдром, центральная гипертермия в анамнезе. Не рекомендуется назначать пациентам с возбуждением или гиперактивностью малые дозы препарата - активирующее действие Флюанксола может привести к обострению этой симптоматики.

Меры предосторожности. Флюанксол должен назначаться с осторожностью пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если ранее пациент лечился нейролептиками или транквилизаторами с седативным действием, то их прием следует прекращать постепенно. Хотя, в большинстве случаев, флюанксол не вызывает седативный эффект, тем не менее возможно его влияние на способность управления автомобилем и другими механизмами. Поэтому в начале лечения необходимо проявить осторожность до тех пор, пока не будет определена реакция пациента на лечение. Флюанксол не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

В дозе до 3 мг (в пограничной психиатрии). Исходно 1 мг ежедневно как однократная утренняя доза или 0,5 мг дважды в день. Спустя неделю при недостаточном терапевтическом эффекте доза может быть увеличена до 2 мг в день. Ежедневную дозу более 2 мг и до 3 мг следует разделить на несколько приемов. Реакция пациентов на Флюанксол обычно наступает в течение 2-3 дней. Если эффекта от максимальной дозы (3 мг в день) не наблюдается в течение недели, то препарат следует отменить.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Химически несовместимых комбинаций не установлено. Флупентиксол в высоких дозах может усилить действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. Его не следует назначать вместе с гуанетидином или аналогично действующими препаратами, т.к. нейролептики могут блокировать гипотензивное действие этих средств, флюанксол может снижать эффект леводопы и адренергических лекарственных средств.

Побочное действие

Могут возникать экстрапирамидные нарушения особенно на начальном этапе лечения. В большинстве они корригируются снижением дозировок и/или назначением антипаркинсонических препаратов. В редких случаях при длительной терапии у пациентов может развиваться поздняя дискинезия. Транзиторная бессонница. Могут иметь место незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы. Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома.

Лечение. Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы (лабильное артериальное давление, тахикардия, повышенное потоотделение). Кроме немедленного прекращения приема нейролептиков крайне необходимо использование общих поддерживающих мер и симптоматического лечения.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые оболочкой. Каждая таблетка содержит флупентиксола дигидрохлорид в количестве, соответствующем 0,5 и 1 мг флупентиксола.

Упаковка: таблетки 0,5 и 1 мг по 50 шт. в пластиковом контейнере.

Условия хранения

Список Б.

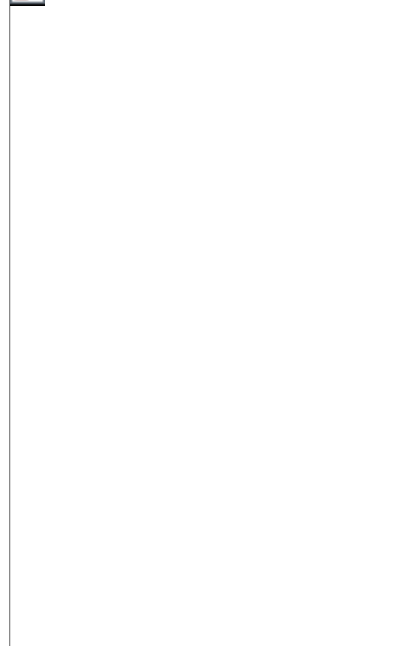
Таблетки Флюанксола должны храниться при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступных для детей местах.

Условия отпуска из аптек

Только по рецепту врача.

Флюанксол

(флупентиксол). Таблетки по 5 мг



Фармакологические свойства

Флюанксол является нейролептиком, производным тioxантена.

Фармакодинамика

Флюанксол обладает выраженным антипсихотическим, активирующим, анксиолитическим, а также антидепрессивным действием. Антипсихотическое действие Флюанксола начинает проявляться уже при назначении суточной дозы 3 мг и его выраженность возрастает с увеличением дозы. Флюанксол оказывает выраженное анксиолитическое действие. Препарат обладает растормаживающими (антиаутистическим и

активирующим) свойствами, способствует активизации больных с отгороженностью, безынициативностью, повышает коммуникабельность и облегчает социальную адаптацию. В малых и средних дозах (до 25 мг в день) Флюанксол не оказывает седативное действие, однако, неспецифический седативный эффект может развиваться при назначении больших доз препарата.

Фармакокинетика

Биодоступность флупентиксола при пероральном приеме составляет около 40%. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 3-6 часов. Флупентиксол незначительно проникает через плацентарный барьер и в небольших количествах выделяется с грудным молоком. Биологический период полувыведения составляет примерно 35 часов.

Показания к применению

В дозе 3 мг и более. Психотические состояния с преобладанием галлюцинационной симптоматики, параноидного бреда и нарушений мышления, сопровождающиеся также апатией, анергией и аутизмом.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами; коматозные состояния. Повышенная чувствительность к нейролептикам тиоксантеновой структуры, злокачественный нейролептический синдром, центральная гипертермия в анамнезе. Не рекомендуется назначать пациентам с возбуждением или гиперактивностью малые дозы препарата - активирующее действие Флюанксола может привести к обострению этой симптоматики.

Меры предосторожности. Флюанксол должен назначаться с осторожностью пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если ранее пациент лечился нейролептиками или транквилизаторами с седативным действием, то их прием следует прекращать постепенно. Флюанксол в высоких дозах вызывает седативный эффект и влияет на способность управления автомобилем и другими механизмами. Флюанксол не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

В дозе 3 мг и более (при лечении психозов). Первоначальная суточная доза составляет от 3-5 мг до 15 мг в 2-3 приема. При необходимости дозу можно увеличить до 40 мг в день. Обычная поддерживающая терапия — 5-20 мг в день может назначаться как однократная утренняя доза.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Химически несовместимых комбинаций не установлено. Флюанксол в высоких дозах может усилить действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. Флюанксол не следует назначать вместе с гуанетидином или аналогично действующими препаратами, т.к. нейролептики могут блокировать гипотензивное действие этих средств. Флюанксол может снижать эффект леводопы и адренергических лекарственных средств, а комбинация с метоклопрамидом и пиперазином увеличивает риск развития экстрапирамидных нарушений.

Побочное действие

Могут возникать экстрапирамидные нарушения особенно на начальном этапе лечения. В большинстве они корригируются снижением

дозировок и/или назначением антипаркинсонических препаратов. В редких случаях при длительной терапии у пациентов может развиваться поздняя дискинезия. Может возникать транзиторная бессонница. Высокие дозы препарата могут вызывать седативный эффект. Могут иметь место незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы. Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома. Лечение. Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы (лабильное артериальное давление, тахикардия, повышенное потоотделение). Кроме немедленного прекращения приема нейролептиков крайне необходимо использование общих поддерживающих мер и симптоматического лечения.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые оболочкой. Каждая таблетка содержит флупентиксола дигидрохлорид в количестве, соответствующем 5 мг флупентиксола.

Упаковка: таблетки 5 мг по 100 шт в пластиковом контейнере.

Условия хранения

Список Б.

Таблетки Флюанксола должны храниться при температуре не выше 25°C, в недоступных для детей местах.

Условия отпуска из аптек

Только по рецепту врача.

Флюанксол Депо

(флупентиксола деканоат)



Фармакологические свойства

Флюанксол Депо является нейролептиком, производным тиоксантена, с длительностью действия одной инъекции 2-4 недели.

Фармакодинамика

Флюанксол Депо обладает выраженным антипсихотическим, активирующим и анксиолитическим действием. Флюанксол Депо особенно показан для лечения пациентов с хроническими психозами. Антипсихотическое действие усиливается с увеличением дозы. В малых и

средних дозах (до 100 мг 1 раз в 2 недели) Флюанксол Депо не проявляет неспецифическое седативное действие, которое, однако, может развиваться при использовании препарата в высоких дозах. Флюанксол Депо оказывает растормаживающее (антиаутистическое и активирующее) действие, а также ослабляет вторичные расстройства настроения.

Фармакокинетика

После инъекции цис(7)-флупентиксола деканоат подвергается ферментативному расщеплению на активный компонент цис(7)-флупентиксол и декановую кислоту. Максимальная концентрация цис(2)-флупентиксола в сыворотке достигается к концу первой недели после инъекции. Кривая концентрации в сыворотке снижается экспоненциально с периодом полувыведения, равным примерно 3 неделям, что отражает скорость высвобождения препарата из депо.

Показания к применению

Психотические состояния у взрослых с преобладанием галлюцинационно - параноидной симптоматики и нарушений мышления, сопровождающиеся также апатией, анергией и аутизмом.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами; коматозные состояния. Не рекомендуется назначать пациентам с возбуждением или гиперактивностью, т.к. активирующее действие Флюанксола Депо может привести к обострению этой симптоматики.

Меры предосторожности. Флюанксол Депо должен назначаться с осторожностью пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если ранее пациент лечился нейрелептиками с седативным действием, то их прием следует прекращать постепенно. Флюанксол в высоких дозах вызывает седативный эффект и влияет на способность управления автомобилем и другими механизмами. Флюанксол Депо не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

Флюанксол Депо назначается в виде внутримышечной инъекции в верхний наружный квадрант ягодичной области. Флюанксол Депо 20 мг/мл: 20-40 мг (1-2 мл) каждые 2-4 недели. Некоторым пациентам могут быть необходимы более высокие дозы или более короткие интервалы между инъекциями. Флюанксол Депо 100 мг/мл: 50-200 мг (0,5-2 мл) каждые 2-4 недели. При обострении или остром рецидиве заболевания может потребоваться введение препарата в дозе вплоть до 400 мг одномоментно с интервалами в 2 или даже 1 неделю. При переходе от лечения пероральными формами Флюанксола на поддерживающее лечение Флюанксом Депо следует руководствоваться следующей схемой: пероральная суточная доза Флюанксола (мг) x 4 = Флюанксол Депо (мг) внутримышечно каждые 2 недели. При этом в течение первой недели следует продолжать пероральный прием Флюанксола, но в уменьшенной дозе.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Флюанксол Депо может усилить действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. Не следует назначать вместе с гуанетидином или аналогично действующими препаратами, т.к. может блокировать их гипотензивное действие. Может снижать эффект леводопы и адренергических лекарственных средств. Флюанксол Депо не должен смешиваться с другими жидкостями для инъекций.

Побочное действие

Могут возникать экстрапирамидные симптомы, особенно на начальном этапе лечения. В редких случаях при длительной терапии у пациентов может развиваться поздняя дискинезия. Транзиторная бессонница. Высокие дозы препарата у некоторых пациентов могут приводить к седации. Могут возникать незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы: Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, судороги, экстрапирамидные симптомы, шок, кома.

Лечение: Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы (лабильное артериальное давление, тахикардия, повышенное потоотделение). Кроме немедленного прекращения приема нейролептика крайне необходимо использование общих поддерживающих мер и симптоматического лечения.

Форма выпуска

Маслянистая жидкость для в/м инъекций. Флюанксол Депо 20 и 100 мг/мл.

Упаковка: стеклянные ампулы в картонной упаковке.

Флюанксол Депо 20 мг/мл по 1 или 10 ампул в картонной упаковке.

Флюанксол Депо 100 мг/мл по 1 или 10 ампул в картонной упаковке.

Условия хранения

Список Б.

Флюанксол Депо должен храниться при температуре не выше 25°C, в защищенных от света местах. Хранить в недосягаемых для детей местах.

Условия отпуска из аптек

Только по рецепту врача.

Флюанксол Капли

(флупентиксола дигидрохлорид)



Фармакологические свойства

Флюанксол является нейролептиком, производным тиоксантена.

Фармакодинамика

Обладает выраженным антипсихотическим, активирующим и анксиолитическим действием. Антипсихотическое действие Флюанксола начинает проявляться уже при назначении суточной дозы 3 мг и его выраженность возрастает с увеличением дозы. Во всем интервале рекомендуемых доз Флюанксол оказывает выраженное анксиолитическое действие. Препарат обладает растормаживающими (антиаутистическим и активирующим) свойствами, способствует активизации больных с отгороженностью и безынициативностью. В малых и средних дозах (до 25 мг в день) Флюанксол не оказывает седативное действие, однако, неспецифический седативный эффект может развиваться при назначении больших доз препарата.

Фармакокинетика

Биодоступность флюпентиксола при пероральном приеме составляет около 40%. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 3-6 часов. Флюпентиксол незначительно проникает через плацентарный барьер и в небольших количествах выделяется с грудным молоком. Биологический период полувыведения составляет примерно 35 часов.

Показания к применению

В средних дозах (4 - 40 мг/сут). Психотические состояния с преобладанием галлюцинаторно-бредовой симптоматики и нарушений мышления, сопровождающиеся также апатией, анергией и аутизмом.

В высоких дозах (40 - 150 мг/сут). Острые и хронические психозы, резистентные к терапии (включая шизофрению), алкогольный абстинентный синдром.

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами; коматозные состояния. Повышенная чувствительность к нейролептикам тиоксантенам, злокачественный нейролептический синдром, центральная гипертермия в анамнезе. Не рекомендуется назначать пациентам с возбуждением или гиперактивностью малые дозы препарата - его активизирующее действие может привести к обострению симптоматики.

Меры предосторожности. Флюанксол должен назначаться с осторожностью пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если ранее пациент лечился нейролептиками или транквилизаторами с седативным действием, то их прием следует прекращать постепенно. Флюанксол в высоких дозах вызывает седативный эффект и влияет на способность управления автомобилем и другими механизмами. Флюанксол не рекомендуется назначать во время беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы

Средние дозы (4 - 40 мг). Первоначальная суточная доза составляет 4-16 мг/сут (1-4 капли/сут), которая может быть разделена на 2-3 приема. При необходимости дозу можно увеличить до 40 мг/сут (10 капель/сут).

Высокие дозы (40 - 150 мг/сут). Суточная доза зависит от тяжести заболевания, степени его резистентности к терапии, возраста и веса больного. Частота назначения наиболее высока в начале терапии, обычно 4 раза в день, затем она обычно уменьшается до 1-3 раз.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Химически несовместимых комбинаций не установлено. Флюанксол в высоких дозах может усилить действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов центральной нервной системы. Флюанксол не следует назначать вместе с гуанетидином или аналогично действующими препаратами, т.к. нейролептики могут блокировать гипотензивное действие этих средств. Флюанксол может снижать эффект леводопы и адренергических лекарственных средств.

Побочное действие

Могут возникать экстрапирамидные нарушения особенно на начальном этапе лечения. В редких случаях при длительной терапии у пациентов может развиваться поздняя дискинезия. Может возникать транзиторная бессонница. Высокие дозы препарата могут вызывать седативный эффект. Могут иметь место незначительные преходящие изменения в печеночных пробах.

Передозировка препаратом

Симптомы. Сонливость, гипо- или гипертермия, гипотензия, экстрапирамидные симптомы, судороги, шок, кома.

Лечение. Симптоматическое и поддерживающее.

Особые указания. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но возможным осложнением при использовании нейролептиков. Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность и нарушение сознания в сочетании с дисфункцией вегетативной нервной системы. Кроме прекращения приема нейролептика необходимо поддерживающее и симптоматическое лечение.

Форма выпуска

Капли для приема внутрь. Содержат флупентиксола дигидрохлорид в количестве, соответствующем 100 мг флупентиксола в 1 мл. В 1 капле содержится 4 мг флупентиксола.

Упаковка: флаконы по 10 мл (1000 мг) с капельницей, в картонной коробке.

Условия хранения

Список Б.

Флюанксол, капли для приема внутрь, должны храниться при температуре не выше 25°C. Хранить в недосягаемых для детей местах.

Условия отпуска из аптек

Только по рецепту врача.

Труксал

(хлорпротиксен). Таблетки по 5, 15, 25 и 50 мг



Фармакологические свойства

Труксал является нейролептиком, производным тиоксантена. Оказывает антипсихотическое, выраженное седативное и умеренное антидепрессивное действие.

Фармакодинамика

Антипсихотическое действие Труксала связано с его блокирующим воздействием на дофаминовые рецепторы. С блокадой этих рецепторов связаны также антиэметические и анальгезирующие свойства препарата. Труксал способен блокировать 5-HT¹ - рецепторы, α₁ - адренорецепторы, а также h₁ - гистаминовые рецепторы, чем определяются его адреноблокирующее, гипотензивное и антигистаминные свойства.

Фармакокинетика

Биодоступность хлорпротиксена при пероральном приеме составляет около 50%. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 1 -4 часа. Время полувыведения составляет около 15 часов. Хлорпротиксен проникает через плацентарный барьер и в небольших количествах выделяется с грудным молоком.

Показания к применению

Труксал является седативным нейролептиком с широким спектром показаний в которые входят:

- психозы, включая шизофрению и маниакальные состояния, протекающие с психомоторным возбуждением, ажитацией и тревогой,
- абстинентный синдром при алкоголизме и наркоманиях,
- гиперактивность, раздражительность, возбуждение, спутанность сознания у пожилых пациентов.
- нарушения поведения у детей,
- депрессивные состояния, неврозы, психосоматические расстройства,
- бессонница
- боли (в комбинации с анальгетиками).

Противопоказания

Острое отравление алкоголем, барбитуратами или опиатами.

Труксал не должен, по возможности, назначаться беременным женщинам и в период грудного вскармливания.

Меры предосторожности. Труксал должен с осторожностью назначаться пациентам, страдающим эпилепсией, паркинсонизмом, при выраженном атеросклерозе сосудов головного мозга, при склонности к коллапсам, при выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, нарушениях кроветворения, при выраженных нарушениях функции печени и почек, сахарном диабете, гипертрофии предстательной железы.

Прием препарата оказывает отрицательное влияние на деятельность, требующую высокой скорости психических и физических реакций (управление транспортными средствами, обслуживание машин и т.д.).

Способ применения и дозы

Психозы, включая шизофрению и маниакальные состояния. Лечение начинают с 50 - 100 мг/сутки, постепенно наращивая дозу до достижения оптимального эффекта, обычно до 300 мг/сутки. Суточную дозу Труксала обычно делят на 2 - 3 приема, рекомендуется назначать меньшую часть суточной дозы в дневное время, а большую часть — вечером.

Абстинентный синдром при алкоголизме и наркоманиях. Суточная доза, разделенная на 2 - 3 приема, составляет 500 мг. Курс лечения обычно длится 7 дней.

У пожилых пациентов при наличии гиперактивности, раздражительности, возбуждения, спутанности назначается 15 - 90 мг/сутки.

У детей для коррекции нарушений поведения Труксал назначается из расчета 0,5 - 2 мг на 1 кг веса.

Депрессивные состояния, неврозы, психосоматические расстройства. Труксал может применяться при депрессиях, неврозах и психосоматических нарушениях, сопровождающихся тревогой - до 30 мг перед сном.

Бессонница. По 15 - 30 мг вечером за 1 час до сна.

Боли. Совместно с анальгетиками в дозах от 15 до 300 мг.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Может усиливать действие алкоголя, барбитуратов и других ингибиторов ЦНС. Антихолинергическое действие хлорпротиксена усиливается при одновременном применении антихолинергических, противогистаминных и противопаркинсонических средств. Препарат усиливает действие гипотензивных средств. Снижает порог судорожной активности, что требует дополнительной коррекции дозы противоэпилептических средств. Снижает эффективность действия леводопы.

Побочное действие

Сонливость, тахикардия, сухость во рту, повышенная потливость или трудности аккомодации. Эти побочные эффекты, обычно возникающие в начале терапии, часто исчезают по мере ее продолжения. Может наблюдаться ортостатическая гипотензия, особенно при применении в высоких дозировках. Экстрапирамидные симптомы особенно редки.

Передозировка препаратом

Возможно усиление указанных выше побочных эффектов, выраженность которых, как правило, зависит от дозы.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Каждая таблетка содержит хлорпротиксена гидрохлорид в количестве, соответствующем 5, 15, 25 и 50 мг хлорпротиксена.

Упаковка: таблетки 5, 15, 25 и 50 мг по 50 или 100 шт. в пластиковом контейнере.

Условия хранения

Список Б.

Хранить при температуре не выше 25°C, в недоступных для детей местах.

Условия отпуска из аптек

Только по рецепту врача.

www.e-puzzle.ru